

наблюдалась у животных, получивших однократно мелатонин в дозе 1 и 10 мг/кг, и 1 мг/кг в течение 4 дней ( $36.15 \pm 0.08$ ,  $p < 0.01$ ,  $36.34 \pm 0.15$ ,  $p < 0.01$ ,  $36.30 \pm 0.16^{\circ}\text{C}$ ,  $p < 0.01$ , соответственно, в сравнении с группой гипотермия/отогревание ( $35.29 \pm 0.25^{\circ}\text{C}$ ).

Введение L-аргинина и мелатонина в больших дозах благоприятствует более медленному снижению ректальной температуры крыс в период холодового воздействия, улучшает восстановлению ее к исходному значению. Возможно, это связано либо с прямым действием этих веществ (воздействуя на специфические им рецепторы), либо опосредованным влиянием (через газотранспортную функцию крови, прооксидантно-антиоксидантный баланс).

## **КЛИНИКА И ЛИЧЕНИЕ ПОДОСТРОЙ СТАДИИ ОСТРОГО ГЕМАТОГЕННОГО ОСТЕОМИЕЛИТА У ДЕТЕЙ**

*Глуткин А. В.*

*УО «Гродненский государственный медицинский университет», Беларусь  
Кафедра детской хирургии.*

*Научный руководитель – д.м.н., проф. Ковальчук В.И.*

Острый гематогенный остеомиелит (ОГО) у детей - одно из самых распространённых тяжёлых гнойно-воспалительных заболеваний. Подострая стадия ОГО – это патологический процесс, при котором возможно обратное развитие, приводящее к выздоровлению, либо переход в хроническую стадию. Мальчики болеют в 2—3 раза чаще, чем девочки.

**Цель:** Исследование и анализ клинического течения и результатов лечения подострой стадии острого гематогенного остеомиелита у детей.

**Материал и метод.** На базе клинике Гродненского медицинского университета были исследованы истории болезни 110 больных с ОГО, из них 13 человек с подострой стадией ОГО, лечившихся в ГОДКБ в 1995 – 2006 гг. Из них 8 (62%) мальчики и 5 (38%) - девочки. Все больные были в возрасте 11 и 12 лет. Койко-дни у детей были разные. До 30 дней – 3 (23%), с 31-60 – 3(23%) и больше 60 – 7(54%). Длительность заболевания до поступления и дата у всех детей была разная. До 30 суток – 11(84,6%), 31-61 – 0(0%) и больше 60 – 2(15,4%). В тяжелом состоянии находилось 7 (53,8%) больных, в среднетяжелом – 1 (7,7%) и удовлетворительном состоянии было 5 (38,5%). Длительность температурной реакции составила: от 1 до 2 суток – 0 (0%) больных и свыше трех суток – 5 (38,5%) больных. Температурная реакция отсутствовала у 8 (61,5%) больных. Сроки нормализации общего состояния до 15 суток – 8(61,5%), 16-30 – 1(7,7%) и больше 30 – 4(30,8%). Характерна сезонность заболевания, весенне-осенний период – 9(69,2%) больных, а в летне-зимний – 4(30,8%). Всем детям выполнялось рентгенографическое исследование костей.

**Результаты клинических исследований были следующими** По локализации наиболее часто встречался остеомиелит бедренной кости - 7 (53,8%) случаев. Остеомиелит большеберцовой кости был у 4 (30,8%) больных. Остеомиелит локтевой кости – 2 (15,4%) больных. У больных наблюдались рентгенологические признаки подострой стадии ОГО: деструктивные изменения, периостальные наложения, мелкие секвестры. Сочетание 2-х признаков: деструктивные изменения и периостальные наложения отмечались у 12 больных. Сочетание всех 3-х признаков у 3-х больных и у 1 наблюдались только деструктивные изменения. Всем детям проводилось оперативное лечение: множественная чрезкожная остеоперфорация.

В течение 1-х суток – 8(61,5%) больным и 2-х суток – 5(38,5%) больным выполнялась остеоперфорация. Сроки от поступления до множественной чрезкожной остеоперфорации у всех больных были разные. До 30 – 0(0%), 31-60 – 8(61,5%) и

больше 60 – 5(38,5%). Сроки от выполненной множественной чрезкожной остеоперфорации до выписки составили: до 15 дней – 6(46,2%) больных, после 15 – 7(53,8%). Осложнений со стороны костной структуры не наблюдалось. Больные были выписаны в удовлетворительном состоянии, с гипсовой повязкой с контролем через месяц.

**Вывод:**

1. Подострая стадия ОГО встречается в 11,8% случаев.
2. Основными признаками подострой стадии ОГО являются рентгенологические и лабораторные данные, местные проявления.
3. Эфektivным методом лечения подострой стадии ОГО является множественная чрезкожная остеоперфорация.

## **К ВОПРОСУ О ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ОСТРОЙ СОСУДИСТОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ КИШЕЧНИКА**

*Головач Е.И., Лопато П.В.*

*Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь*

*Кафедра хирургических болезней № 2 с курсом урологии*

*Научный руководитель – к.м.н., доц. Меламед В.Д.*

Острая сосудистая недостаточность кишечника (ОСНК) является экстренной хирургической патологией, диагностируемой у 0,1 – 0,2% пациентов, госпитализируемых в общехирургические стационары. Клиническая картина ОСНК характеризуется полиморфным характером в зависимости от стадии патологического процесса. Известные патологические методы требуют специального дорогостоящего оборудования, либо недостаточно достоверны.

Лечение ОСНК – хирургическое, целью которого является восстановление кровотока и резекция некротизированной части кишечника. Обобщенно операции, выполняемые при ОСНК, можно разделить на 3 группы:

- 1 вмешательства на сосудах;
- 2 резекция кишечника;
- 3 сочетанные вмешательства на сосудах и резекция кишечника.

Наиболее часто применяется резекция кишечника, которая целесообразна при поражении 2-го и 3-го сегментов ствола верхней брыжеечной артерии (острое нарушение артериального кровообращения указанного бассейна регистрируется до 92% случаев). При окклюзии 1-го сегмента резекция кишки без вмешательства на сосудах бесперспективна ввиду большой протяженности некроза.

*Цель исследования:* изучить результаты хирургического лечения больных ОСНК.

Проведен анализ результатов хирургического лечения 25 пациентов с ОСНК в возрасте от 50 до 87 лет (средний возраст 69,2 года). Мужчин было 14 (56%), женщин – 11 (44%). Большинство больных страдали сердечно-сосудистой патологией (ИБС, системным атеросклерозом, мерцательной аритмией). Превалировало острое нарушение артериального кровоснабжения кишечника, причем, поражение верхней брыжеечной артерии диагностировано у 23 (92%) пациентов, у одного больного (4%) – в бассейне нижней брыжеечной артерии и в одном случае (4%) имел место тромбоз брыжеечных вен.

Эксплоративная лапароскопия произведена 10 больным (40%), у двух (8%) пациентов после лапароскопии выполнялась диагностическая лапаротомия, подтвердившая тотальное поражение кишечника. Резекция тонкой кишки различной протяженности (от 60 см до 2,5 метров) в сочетании с правосторонней гемиколэктомией (у 2 больных) произведена 11 (44%) пациентам. Сочетанно