

в локтевой ямке нерв проходит под апоневрозом двуглавой мышцы плеча, где отдает ветвь локтевому суставу. На предплечье срединный нерв подходит под поверхностный сгибатель пальцев и ложится между ним и глубоким сгибателем пальцев, доходит до лучезапястного сустава и направляется на ладонь. На плече срединный нерв не дает ветвей. Наиболее крупной ветвью срединного нерва на предплечье является передний межкостный нерв, идущий по передней поверхности межкостной перепонки вместе с передней межкостной артерией.

На ладонную поверхность кисти срединный нерв проходит через канал запястья вместе с сухожилиями сгибателей пальцев и под ладонным апоневрозом делится на конечные ветви. Конечными ветвями срединного нерва являются три общих ладонных пальцевых нерва, которые располагаются вдоль первого, второго и третьего межпальцевых промежутков под поверхностной ладонной дугой и ладонным апоневрозом. Общие ладонные пальцевые нервы делятся на 7 собственных ладонных пальцевых нерва, которые идут к обоим сторонам 1, 2, 3 и к лучевой стороне 4 пальца.

Таким образом, во всех изученных нами случаях срединный нерв берет начало от двух пучков плечевого сплетения, не давая ветвей на плече, иннервирует большую часть мышц передней группы предплечья, а также делится на свои конечные ветви на ладонной поверхности кисти.

МЕТОД РЕВИЗИИ И ВОССТАНОВЛЕНИЯ ПРОХОДИМОСТИ ЭНДОБИЛИАРНЫХ ДРЕНАЖЕЙ

Русецкая А.Р.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра общей хирургии

Научный руководитель – ассист. Милешко М.И.

Цель: Улучшить результаты лечения больных с эндобилиарным дренированием желчных ходов, осложнившимся обтурацией дренажа методом ревизии и восстановления его проходимости с помощью катетера Фогарти под рентгеновским контролем.

В настоящее время для декомпрессии желчных протоков и устранения холемии у больных с длительной механической желтухой используют сочетанные и этапные вмешательства: лапароскопическая холецистостомия, механическая литотрипсия и литоэкстракция, пункционное чрескожно-чреспеченочное дренирование желчных путей под полипозиционным рентгено-телевизионным и ультразвуковым контролем. Все эти методы сопровождаются наружным дренированием желчных путей [Хирургическое лечение холелитиаза у больных с высоким операционным риском. / П.Я. Сандаков [и др.] // *Анналы хирургической гепатологии*. – 2002. – Т. 7. – № 1. – с.147–148; Endoscopic sphincterotomy prior to laparoscopic cholecystectomy – five years study / J. Hibal [et. al.] // *The 60th Jubilee Congress of The Association of Polish Surgeons / Abstracts*. – Warszawa. – 12-15 IX 2001. – P. 101]. Лечебный эффект от наружного дренирования объясняется устранением желчной гипертензии, отведением наружу токсичной желчи, а также быстрым купированием явлений холангита. Все эти моменты способствуют нормализации гемодинамики в печени и улучшению функции гепатоцитов [Ciesielczyk, B. Algorytm postepowania po przezskornym drenażu dróg żółciowych / B. Ciesielczyk, M. Skommer // *The 60th Jubilee Congress of The Association of Polish Surgeons / Abstracts*. – Warszawa, 12-15.IX.2001. – P. 92; Safety and usefulness of percutaneous transhepatic cholecystoscopy examination in high-risk surgical patients with acute cholecystitis / H.J. Kim [et al.] // *Gastrointest. Endosc.* – 2000. – Vol. 52, N 5. – P. 645–649].

Во время ухода за наружными билиарными дренажами возникает проблема восстановления их проходимости. Дренажи обтурируются мелкими конкрементами, густой замазкообразной желчью, что нарушает их функционирование и часто сопровождается гипербилирубинемией. Нами предложен метод ревизии и восстановления проходимости билиарных дренажей с помощью катетера Фогарти под рентгеновским контролем.

В желчные ходы по просвету дренажной трубки под рентгеновским контролем вводится катетер Фогарти, заполненный контрастным веществом. Манжета катетера раздувается в пределах просвета верхушки дренажа и катетер извлекается. Вместе с катетером из просвета дренажа извлекаются мелкие конкременты, замазкообразная желчь, - восстанавливается проходимость.

Нами проведена ревизия и восстановление проходимости наружных дренажей с помощью катетера Фогарти под рентгеновским контролем у 10 больных с механической желтухой различного происхождения, находившихся на лечении во II-м хирургическом отделении 4-й городской клинической больницы г. Гродно. Возраст больных был от 20 до 87 лет. Общее состояние больных в день поступления, в подавляющем большинстве, расценивалось как средней тяжести и тяжелое. Всем больным было выполнено наружное дренирование желчных ходов. В послеоперационном периоде произошла обтурация дренажа мелкими конкрементами. Ревизию и восстановление проходимости дренажа осуществляли при помощи катетера Фогарти под рентгеновским контролем.

Вывод: ревизия и восстановление проходимости эндобилиарных дренажей с помощью катетера Фогарти под рентгеновским контролем позволяет осуществлять эффективный уход за дренажами.

ВЛИЯНИЕ НИЗКОИНТЕНСИВНОГО ЛАЗЕРНОГО ИЗЛУЧЕНИЯ НА МИКРОФЛОРУ НЕСПЕЦИФИЧЕСКИХ ПЕРИТОНИТОВ

Русин В.И.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра хирургических болезней №2 с курсом урологии

Научные руководители – д.м.н., доцент Смотрин С.М.;

к.м.н., доцент Жмакин А.И.

Лечение гнойных перитонитов является трудной задачей практической хирургии. Несмотря на большие достижения в разработке новых антибактериальных препаратов, по-прежнему продолжают поиски новых методов и средств эффективного воздействия на бактериальную микрофлору. В литературе появились сведения об эффективном использовании фотодинамической терапии для лечения гнойных ран, профилактики несостоятельности толстокишечного анастомоза. В связи с этим, ряд вопросов, касающихся непосредственного воздействия лазерного излучения на бактериальную микрофлору, требует уточнения.

Цель исследования. Изучить влияние низкоинтенсивного лазерного излучения различных спектральных диапазонов ($\lambda = 0,67$ мкм, $\lambda = 0,89$ мкм) на некоторых бактериальных возбудителей.

Материал и методы. В качестве тест – объекта взяты *Staphylococcus aureus*, *Escherichia coli*, *Enterococcus faecalis*. Возбудителей отдельно заседали на пластинчатый мясо-пептонный глюкозный (1%) агар в концентрации, необходимой для роста. После засева опытные чашки облучались лазерным излучением ($P=25,5$ мВт/см²). Контрольные чашки оставались интактными. Все чашки в течение суток термостатировали при 37°C, после чего подсчитывали количество выросших колоний.