

Средняя продолжительность жизни женщин, больных злокачественными новообразованиями в исследуемой группе, составила 53,28 месяцев, причем при I стадии 102,11 мес., при II, III и IV — 56,29 мес., 60,59 мес. и 19,84 мес. соответственно. Причиной летального исхода в большинстве случаев служила генерализация опухолевого процесса, и лишь 16 случаях причиной смерти явилась не онкологическая патология (сердечно-сосудистые заболевания и патология органов дыхания).

Литература:

1. В.П.Летягин, И.В.Высоцкая Современные возможности лекарственной терапии операбельного рака молочной железы (по материалам St. Gallen, 2005) // Современная онкология, Москва, 2005, Том 07/N 3. - С. 78 - 80.
2. Klijn JG, Blamey RW, Boccardo F et al. J Clin Oncol 2001; 19: 343–53.

## **ПОСЛЕОПЕРАЦИОННАЯ ЭЛЕКТРОСТИМУЛЯЦИЯ В АБДОМИНАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ**

**Турченко М.А., Габриельчик О.И.**

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра хирургических болезней №1

Научный руководитель - доцент Н.Д.Маслакова

Лечение больных, перенесших оперативное вмешательство на органах брюшной полости, является значительной проблемой в абдоминальной хирургии.

По данным разных авторов, частота развития парезов и параличей кишечника в послеоперационном периоде колеблется в пределах 3,5-75%.

Одним из наиболее эффективных методов лечения парезов желудка и кишечника является электростимуляция в сочетании с медикаментозной терапией: применение очистительных клизм,

декомпрессионных зондов, перидуральных блокад, наложение разгрузочных илео- и цекостом.

Электростимуляция в хирургии известна более 150 лет. В настоящее время существует целый ряд методов электрической стимуляции, которые можно разделить на 3 группы: 1) транскутанная электростимуляция; 2) внутрисполостная электростимуляция; 3) внутритканевая или прямая электростимуляция с имплантацией электродов в стенки желудка и тонкой кишки, в сегменты двенадцатиперстной кишки у места впадения желчного протока, где расположен «датчик ритма» (pacemaker) кишечных сокращений.

Нами был применен аппарат «Тонус-2», с использованием двухполупериодного непрерывного (1-2 минуты) и однополупериодного непрерывного (7-10 минут) тока на одно поле. Сила тока доводилась до легкой вибрации. Электростимуляция назначалась на 2-3 сутки после операции. На курс до 7 процедур. Противопоказанием являлось крайнетяжелое состояние больного, наличие кардиостимулятора, нарушение свертываемости крови (склонность к кровотечениям).

Электростимуляция была проведена 78 больным после операций по поводу прободной язвы желудка (12), острой кишечной непроходимости (11), резекции желудка при язвенной болезни в плановом порядке (15), после острого деструктивного аппендицита (24), острого деструктивного панкреатита (9), после тупой травмы живота (3) и разлитого перитонита (4).

Эффективность оценивалась по тому, насколько быстро и полно устраняются явления функциональной непроходимости, являющиеся выражением нарушения процесса эвакуации. В качестве основного критерия, позволяющего положительно оценить проведенные мероприятия, используются клинические проявления разрешения пареза (появление перистальтических шумов, отхождение газов, появление стула и уменьшение количества отделяемого из желудка по назогастральному зонду). Только в одном случае в связи с

неразрешенной динамической кишечной непроходимостью была проведена релапаротомия, санация брюшной полости и наложена илеостома.

Литература:

1.Вишневский А.А., Лифшиц А.В., Вилянский М.П. Электростимуляция желудочно-кишечного тракта. М: Медицина 1978.

2.Гальперин Ю.М., Рогацкий Г.Г.Взаимоотношение моторной и эвакуаторной функции тонкой кишки при ее электростимуляции. В кн.: Взаимоотношение моторной и эвакуаторной функции кишечника. М 1971.

3.Гальперин Ю.М.Парезы, параличи и функциональная непроходимость кишечника. М 1975.

4.Махов Н.И., Селезнева Г.Ф. Послеоперационные параличи и парезы желудочно-кишечного тракта. В кн.: Функциональная непроходимость пищеварительного тракта. М 1967.

## **КЛИНИЧЕСКИЕ КОРРЕЛЯЦИИ МЕЖДУ ФЕТОПЛАЦЕНТАРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ И ИНФЕКЦИЯМИ, ПЕРЕДАЮЩИМИСЯ ПОЛОВЫМ ПУТЕМ**

**Уколова А.М., Калейчик Ю.И.**

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра акушерства и гинекологии

Научный руководитель - д.м.н. М.В.Кажина

Фетоплацентарная недостаточность (ФПН) является важнейшей проблемой перинатологии, это клинико-морфологический симптомокомплекс, возникающий как результат сочетанной реакции плода и плаценты на различные нарушения состояния материнского организма. Основными проявлениями ФПН являются гипоксия и внутриутробная задержка роста плода, которые ведут к нарушению развития или повреждению его центральной нервной системы. ФПН