

лет, был ( $p < 0,05$ ) ниже ( $38,7 \pm 0,2$ ;  $38,5 \pm 0,2$  и  $37,4 \pm 0,1^\circ\text{C}$ , соответственно). Соответственно, частота выявления у больных фебрильной лихорадки при поступлении в течение последних лет достоверно ( $p < 0,05$ ) снизилась ( $90,9 \pm 9,1\%$ ;  $75,0 \pm 16,4\%$  и  $26,7 \pm 11,8\%$ ). В то же время отмечена тенденция к нарастанию продолжительности лихорадочного периода. В сравнении с 1982 годом в 2005-2006 годах отмечено ( $p < 0,05$ ) снижение числа эритроцитов при выписке ( $4,0 \pm 0,1 \times 10^{12}/\text{л}$  и  $3,5 \pm 0,2 \times 10^{12}/\text{л}$ , соответственно), увеличение числа лейкоцитов при поступлении в стационар ( $11,8 \pm 1,8 \times 10^9/\text{л}$  и  $16,5 \pm 1,3 \times 10^9/\text{л}$ , соответственно), выраженность палочкоядерного сдвига в формуле крови при поступлении ( $5,9 \pm 2,6\%$  и  $12,9 \pm 2,8\%$ , соответственно). Отмечен ( $p < 0,05$ ) более высокий показатель относительного содержания лимфоцитов формулы крови в 1986 году ( $20,3 \pm 3,9\%$ ;  $37,8 \pm 4,2\%$  и  $21,8 \pm 4,8\%$ , соответственно). Отмечена ( $p < 0,05$ ) тенденция к увеличению относительного числа моноцитов формулы крови в 2005-2006 годах. Обращает на себя внимание тенденция к нарастанию показателей плеоцитоза ( $2325,5 \pm 1174,9/\text{мкл}$ ;  $4589,6 \pm 1917,5/\text{мкл}$  и  $6841,7 \pm 3024,5/\text{мкл}$ , соответственно). Санация ликвора в 1986 и 2005-2006 годах наступала медленнее ( $p < 0,05$ ), чем в 1982 году, что видно из показателей плеоцитоза ( $34,0 \pm 11,3/\text{мкл}$ ;  $170,4 \pm 54,7/\text{мкл}$  и  $173,0 \pm 67,0/\text{мкл}$ , соответственно) и белка ликвора ( $0,22 \pm 0,02\text{г/л}$ ;  $0,53 \pm 0,06\text{г/л}$  и  $0,61 \pm 0,1\text{г/л}$ , соответственно) на 10 день лечения.

#### **Выводы:**

1. Отмечены различия в клиническом течении менингококковых менингитов, свидетельствующие о возрастающих трудностях диагностики данной патологии.
2. Несмотря на стертость клиники, менингококковые менингиты в последние годы протекают не легче, а, возможно, даже тяжелее, чем 25 лет назад.

## **ЯТРОГЕННЫЕ ПОВРЕЖДЕНИЯ ВНЕПЕЧЕНОЧНЫХ ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ ПРИ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ**

*Чижевская Н.В.*

*Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь*

*Кафедра хирургических болезней №2 с курсом урологии*

*Научный руководитель – д.м.н., доц. Смотрин С.М.*

Ятрогения может возникнуть в результате любого аспекта деятельности медицинского работника, включая лечебно-диагностические процедуры и хирургические вмешательства. Ятрогенные повреждения внепеченочных желчных протоков могут встречаться как после операций на желчном пузыре, так и после операций на желудке и двенадцатиперстной кишке.

**Цель исследования.** Провести анализ причин ятрогенного повреждения внепеченочных желчных протоков при операции холецистэктомия.

**Материал и методы исследования.** Проведен анализ причин ятрогенного повреждения внепеченочных желчных протоков за 15 лет. За указанный период времени в клинике холецистэктомия произведена 3528 больным. Из них открытая холецистэктомия выполнена 2615 больным, лапароскопическая – 913 больным. Повреждения желчных протоков возникли у 5 (0,2%) больных при открытой холецистэктомии и 2 (0,3%) больных при лапароскопической холецистэктомии. Интраоперационно повреждения желчных протоков были выявлены только у 5 больных при открытой холецистэктомии. Пристеночное ранение желчного протока выявлено у 2 больных, полное пересечение гепатикохоледоха с его частичным удалением у 3 больных. Пристеночное ранение желчного протока мы наблюдали при синдроме Миризи. Полное пересечение с частичным удалением гепатикохоледоха возникло при выраженном рубцово-склеротическом перипроцессе в результате

несоблюдения оперирующими хирургами главного правила: пузырной проток должен пересекаться лишь тогда, когда четко визуализируется общий желчный и общий печеночный протоки. Повреждения желчных протоков при лапароскопической холецистэктомии были выявлены только в послеоперационном периоде. Клинически в одном случае мы наблюдали обтурационную желтуху в результате клиппирования и полного пересечения гепатикохоледоха, во втором, желчный перитонит, - как следствие пересечения гепатикохоледоха.

Всем больным при открытой холецистэктомии выявленные повреждения гепатикохоледоха были сразу же устранены. При пристеночном повреждении протока осуществляли дренирование его через дефект в стенке и на дренаже восстанавливали проток. В трех случаях был наложен гепатикоэнтероанастомоз на выключенном сегменте тонкой кишки длиной 80 см по Ру.

Больным с повреждениями внепеченочных желчных протоков при лапароскопической холецистэктомии реконструктивные операции выполнены через 2-3 суток. Наложены билидигистивные анастомозы по Ру на выключенной петле тонкой кишки с постановкой каркасного дренажа.

Проведенный анализ показал, что основными причинами ятрогенного повреждения желчных протоков при холецистэктомии являются клинико-анатомические особенности строения и взаимоотношения пузырного протока с внепеченочными желчными протоками; выраженные воспалительно-инфильтративные изменения в области шейки желчного пузыря, а также недостаточный опыт хирурга.

## **АМПУТАЦИЯ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ ПРИ ОБЛИТЕРИРУЮЩЕМ АТЕРОСКЛЕРОЗЕ: МЕДИЦИНСКИЕ И СОЦИАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ**

*Чмель В.Н.*

*Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь*

*Кафедра хирургических болезней №1*

*Научный руководитель - д.м.н., проф. Иоскевич Н.Н.*

Течение облитерирующего атеросклероза нижних конечностей в 20-50% случаев приводит к ампутации ишемизированной нижней конечности. Ампутации нижних конечностей более чем у 35-42% больных производятся и после реконструктивных артериальных операций. Вопросы улучшения качества жизни больных после подобного рода хирургического вмешательства требуют решения.

**Целью настоящего** исследования явился анализ причин и последствий ампутаций нижних конечностей у больных облитерирующим атеросклерозом нижних конечностей, перенесших реконструктивные артериальные операции на бедренно-подколенном сегменте.

Нами проанализированы результаты обследования и лечения 42 больных, которым выполнялась ампутация нижней конечности в различные сроки после бедренно-подколенного шунтирования реверсированной аутовены. Все обследованные - лица мужского пола, со средним возрастом  $58,6 \pm 3,1$  лет. Длительность ишемического синдрома в нижней конечности до первой артериальной реконструкции составила  $6,2 \pm 1,2$  года. По поводу исходной 2б стадии хронического нарушения артериального кровообращения в нижней конечности оперировано 12 человек, 3 стадии - 17, 4 стадии - 13. Бедренно-подколенное шунтирование выше щели коленного сустава произведено 15 больным, а ниже щели коленного сустава - 27.

Ампутация осуществлялась в раннем послеоперационном периоде 2 пациентам, в ближайшие сроки после реконструктивной артериальной операции - 11, в отдаленные