

Н.А.Мишонкова// Русская речь в современном вузе: Материалы первой международной научно-практической интернет-конференции. - Орёл, 2004.- С.92-95.

4. Мишонкова, Н.А. Перспективные модели обучения русскому языку как иностранному/ Теория и практика преподавания русского языка как иностранного: достижения, проблемы и перспективы развития: материалы II Междунар.науч.-метод.конф. - Минск, 2008. - С.231-234.

5. Салиев, А. Мышление как система. – Фрунзе, 1974.

6. Харламова, Т.В. Textoобразующие средства в устной речи (на материале русского и английского языков). – Саратов, 2000.

7. Харченко, Е.В. Модели речевого поведения в профессиональном общении. - Челябинск: Издательство ЮУрГУ, 2003. - 336 с.

8. Леванова, Е.А. Современные тенденции Профессиональной подготовки.

9. студентов / Е.А. Леванова // Интеграция методической (научно-методической) работы и системы повышения квалификации кадров: Материалы VII Всерос.науч.-практич. конф. : в 6 ч. / Ин-т доп. проф.-пед. образования ; отв. ред. Д.Ф.

10. Навыки профессионального общения. [Электронный ресурс] – Режим доступа -<https://studfiles.net/preview/5992155/page:46/> – Дата выхода 11.12.2017.

11. Культура профессиональной речи. [Электронный ресурс] - Режим доступа - <https://infopedia.su/4x82b2.html> – Дата выхода 11.12.2017.

12. Культура речи в профессиональной сфере. [Электронный ресурс] - Режим доступа - https://vuzlit.ru/857013/kultura_rechi_professionalnoy_sfere Дата выхода – 11.12. 2017.

ОСТАНОВКА РЕЦИДИВИРУЮЩЕГО КРОВОТЕЧЕНИЯ ИЗ ВАРИКОЗНО РАСШИРЕННЫХ ВЕН ЖЕЛУДКА ПРИ ЛЕВОСТОРОННЕЙ ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ПРИ ПОМОЩИ ЭМБОЛИЗАЦИИ СЕЛЕЗЕНОЧНОЙ АРТЕРИИ

**Могилевец Э.В., Васильчук Л.Ф., Сушко А.А., Федосенко Т.В.,
Батвинков Н.И., Маслакова Н.Д., Можейко М.А., Василевский
В.П., Белюк К.С., Шило Р.С., Салмин Р.М.**

Гродненский государственный медицинский университет

Левосторонняя портальная гипертензия – одна из редких причин кровотечений из верхних отделов желудочно-кишечного тракта, обусловлена тромбозом или окклюзией селезеночной вены и проявляется кровотечением из варикозно-расширенных вен (ВРВ) желудка [1, 5, 6]. При данном заболевании функция печени не нарушена, сохранена проходимость основного ствола воротной вены [1]. К сегментарной портальной гипертензии приводят: острый и хронический панкреатит, панкреатические псевдокисты, рак

поджелудочной железы, реже встречаются эктопическая селезенка, инфильтрация опухолью толстой кишки, околопочечный абсцесс, состояние после трансплантации печени, лимфома Ходжкина, ретроперитонеальный фиброз, спонтанное формирование тромба и др. [5, 6]. Наиболее частые методы диагностики: эндоскопическое ультразвуковое исследование, контрастная компьютерная томография, магнитно-резонансной ангиографии, золотым стандартом остается ангиография селезеночной вены [4]. Лечение кровотечения из ВРВ желудка является еще более сложной задачей в связи с трудностями в осуществлении гемостаза эндоскопическим путем, а также в связи с высокой частотой рецидивирования кровотечений. Кумулятивная годовая летальность при кровотечении из ВРВ дна желудка составляет 52% [3]. Парциальная эмболизация селезеночной артерии снижает артериальный приток крови к селезенке, при этом происходит снижение давления в ВРВ желудка вследствие уменьшения объема крови оттекающей из увеличенной селезенки. В связи с этим парциальная эмболизация селезеночной артерии без последующей спленэктомии является вариантом лечения для пациентов с нестабильной гемодинамикой, для пациентов с высоким операционным риском и не являющихся кандидатами на выполнение им инвазивного вмешательства [2]. Результаты парциальной эмболизации селезеночной артерии сопоставимы со спленэктомией, при этом отмечается меньшее количество осложнений и летальности после данной процедуры [7].

Цель исследования: анализ результатов выполнения рентгенэндоваскулярной эмболизации селезеночной артерии у пациента с левосторонней портальной гипертензией.

Материалы и методы. Первая успешная процедура рентгенэндоваскулярной эмболизации селезеночной артерии, по поводу рецидивирующего кровотечения из ВРВ дна желудка выполнена пациенту 46 лет с хроническим рецидивирующим панкреатитом, кистой хвоста поджелудочной железы, состоянием после панкреатоцистогастростомии в 2012 году, левосторонней портальной гипертензией и рецидивирующими кровотечениями из ВРВ дна желудка. Пациент Л. доставлен с жалобами на резкую общую слабость, частый жидкий стул черного цвета, сухость во рту, был госпитализирован в ОАРИТ. При поступлении данные общего анализа крови: эритроциты $2,44 \times 10^{12}/л$, гемоглобин 77 г/л, лейкоциты $12,12 \times 10^9/л$, цветовой показатель 1,16, гематокрит 22,1%.

Фиброгастродуоденоскопия (ФГДС). В теле желудка по задней стенке шовный материал между которым на фоне рубцовой ткани воронкообразное втягивание, в центре которого свищевой ход. Хронический гастрит. Состояние после наложения панкреатоцистогастроанастомоза. Состоявшееся кровотечение. На время осмотра данных за продолжающееся кровотечение нет. УЗИ органов брюшной полости. Печень на видимых участках однородной эхоструктуры, мелкозернистая, эхогенность паренхимы диффузно умеренно повышена, очаговых образований нет. Внутривенные желчные протоки не расширены. Поджелудочная железа: на видимых участках эхоструктура неоднородная, вирсунгов проток не расширен, эхогенность повышена. В брюшной полости свободная жидкость не определяется. Рентгеноскопия органов грудной клетки: рентгенологические признаки реактивного плеврального немассивного выпота.

Выполнена магниторезонансная томография органов брюшной полости. Печень до 134 мм по среднеключичной линии, внутривенные желчные протоки не расширены. Селезенка 115x66 мм. Поджелудочная железа не увеличена, несколько деформирована, головка 30 мм, тело 24 мм, хвост 16 мм. Вирсунгов проток расширен до 5,8 мм. Окружающая клетчатка с признаками рубцовых изменений. В области хвоста визуализируется участок с жидкостными характеристиками размерами до 20x11 мм, неправильной формы, высоко вероятно наличие соустья сечением до 7 мм между данным образованием и желудком. МР-картина характерна для хронического панкреатита, кисты в области хвоста поджелудочной железы, соустья между кистой и желудком, послеоперационных изменений.

В ОАРИТ пациенту назначена антибактериальная, антисекреторная, инфузионная и гемостатическая терапия. Проводился клинико-лабораторный контроль и динамическое наблюдение. Утром на первые сутки после поступления вследствие появления жидкого стула черного цвета со сгустками крови темно-вишневого цвета и снижения уровня гемоглобина, с заместительной целью (гемоглобин 68 г/л) назначено переливание 2 доз одногруппной эритроцитарной массы. Назначена контрольная ФГДС: в просвете желудка гемолизированная кровь со сгустками. В теле желудка по задней стенке шовный материал, между которым на фоне рубцовой ткани воронкообразное втяжение, в центре – свищевой ход.

В субкардиальном отделе, верхней трети тела, ближе к большой кривизне ВРВ. Из одной из них наблюдается подтекание крови. Выполнена попытка остановки кровотечения клипированием, аргон-плазменной коагуляцией места кровотечения, на поверхности слизистой образовался струп черного цвета, из-под которого подтекает кровь, менее интенсивно. Добиться полной остановки кровотечения не удается.

Учитывая нестабильный эндоскопический гемостаз, тяжесть общего состояния пациента принято решение провести попытку эндоваскулярной селективной эмболизации селезеночной артерии. При неэффективности манипуляции – экстренное оперативное вмешательство. Под местной анестезией в общую бедренную артерию справа ретроградно установлен интрадьюсер INPUT 8 Fr – 11 см Medtronic. Через него направляющим ангиографическим катетером Renal-Femoral 8 Fr 55 см Medtronic селективно катетеризован чревный ствол. Выполнена ангиография. Ангиографическим катетером Super Torque PLUS 5,2 Fr 1-5 см Cordis селективно катетеризована селезеночная артерия, произведена эмболизация проксимального сегмента селезеночной артерии до редукции магистрального кровотока. Для выполнения эндоваскулярного вмешательства использовано 100 мл Оптирея-350.

Результаты и обсуждение. После выполнения селективной эмболизации селезеночной артерии проводилась гемостатическая, антиферментная, терапия, коррекция коагулопатии, гипопротеинемии, анемии. Выполнялись контрольные ФГДС в день выполнения и на 2 сутки после проведения селективной эмболизации селезеночной артерии. На время осмотра признаков кровотечения в просвет желудка и двенадцатиперстной кишки нет. В течение 4 суток после селективной эмболизации селезеночной артерии пациент находился в ОАРИТ. На 5 сутки пациент переведен в отделение хирургической панкреатологии, гепатологии и трансплантации органов и тканей. На 8 сутки – для дальнейшей консервативной терапии в Дятловскую ЦРБ, после чего выписан на амбулаторное лечение. В течение годичного амбулаторного наблюдения после выполненной эндоваскулярной эмболизации селезеночной артерии рецидивов кровотечений из ВРВ желудка отмечено не было.

Выводы. Рентгенэндоваскулярная эмболизация селезеночной артерии у пациентов с сегментарной (левосторонней) формой портальной гипертензии, ВРВ желудка с рецидивирующими

кровотечениями при неэффективности эндоскопического гемостаза является высокотехнологичным, малоинвазивным, легко переносимым и эффективным пособием.

ЛИТЕРАТУРА

1. Left-Sided Portal Hypertension / S. Koklu [et al.] // Dig Dis Sci. – 2007. – Vol. 52. – P. 1141-1149.
2. Lillemoe, K.D. Management of complications of pancreatitis / K.D. Lillemoe, C.J. // Yeo Curr Probl Surg. – 1998. – Vol. 35. – P. 1-98.
3. McCormick, P.A. Improving prognosis following a first variceal haemorrhage over four decades / P.A. McCormick, C. O'Keefe // Gut. – 2001. – Vol. 49. – P. 682-685.
4. Portal venous system. Evaluation with contrast-enhanced 3D MR portography / A. Erden [et al.] // J Clin Imag. – 2003. – Vol. 27. – P. 101-105.
5. Sinistral Portal Hypertension / R. Thompson [et al.] // Ulster Med J. – 2006. – Vol. 75. – P. 175-177.
6. Sinistral Portal Hypertension. A Case Report / D. Singhal [et al.] // JOP. – 2006. – Vol. 7, N6. – P. 670-667.
7. Sinistral Portal Hypertension; imaging findings and endovascular therapy / O. Cakamak [et al.] // Abdom Imaging. – 2006. – Vol. 30. – P. 208-213.

ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ С ПРЕИМУЩЕСТВЕННЫМ ПОРАЖЕНИЕМ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ

Могилевцев О.Н.¹, Дешко Т.А.¹, Котова Е.В.¹, Маркевич Н.Е.²,
Добровольская Т.В.², Котова К.В.¹

¹Гродненский государственный медицинский университет,

²Гродненская областная клиническая больница

Введение. Несмотря на внедрение новых технологий, обеспечение безопасных условий труда, продолжает оставаться актуальной проблема профессиональных заболеваний с преимущественным поражением нервной системы [1, 2, 3]. В связи с неспецифичностью проявлений данной патологии на ранних стадиях установление профессионального заболевания связано с определенными трудностями. Наиболее актуальными для нашей страны согласно Списку профессиональных заболеваний (Постановление Министерства здравоохранения и Министерства труда и социальной защиты РБ № 20/42 от 24.03.2009 года) являются следующие профессиональные вредности:

- физические факторы производства: вибрация, шум,