

первоначальной в опытной группе (бинт с наночастицами золота) происходит более интенсивно.

Экспериментальная асептическая рана в группе животных, перевязки которых осуществлялись обычным бинтом марлевым медицинский (контроль) зажила на  $19,5 \pm 0,34$  сутки, в группе с бинтом марлевым медицинским, содержащим наночастицы золота, – на  $15,67 \pm 0,21$  сутки эксперимента.

#### **Выводы:**

1) В экспериментах на крысах, с использованием модели асептической раны и применения бинтов марлевых медицинских, содержащих наночастицы золота, на основании планиметрических данных, статистического анализа показано выраженное ускорение заживления асептической раны при использовании бинта, содержащего наночастицы золота по сравнению с обычным бинтом марлевым медицинским, проявившееся ускорением репарации раны на  $3,83 \pm 0,55$  дня.

2) Приведенные данные подтверждают обоснованность применения наноматериалов на основе бинтов марлевых медицинских, содержащих наночастицы золота, для клинической апробации.

#### **Литература**

1. Абаев, Ю.К. Медикаментозное лечение гнойных ран / Ю.К. Абаев // Здоровоохранение. – 2007. – № 8. – С. 28–33.
2. Желіба, М.Д. Профілактика та лікування післяопераційної ранової інфекції і гнійно-запальних захворювань м'яких тканин: автореф. ... дис. д-ра мед наук: 14.01.03 / М.Д. Желіба; Вінницькій держ. медичний ун-т ім. М.І. Пирогова. – Вінниця, 2001. – 35 с.
3. Кирюшенкова, С.В. Сравнительная микробиологическая оценка эффективности физических методов лечения гнойных ран: автореф. ... дис. канд. мед. наук: 03.00.07 / С.В. Кирюшенкова; ГОУ ВПО «Смоленская государственная медицинская академия МЗ и СР РФ». – Смоленск, 2005. – 24 с.
4. Золото- и серебросодержащий волокнисто-пористый политетрафторэтилен, полученный с использованием лазерного излучения, сверхкритического диоксида углерода и металло-парового синтеза / А.Ю. Васильков [и др.] // Российские нанотехнологии. – 2009. – Т. 4, № 11 – 12. – С. 128–132.

### **ФАКТОРЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА ИНФОРМАТИВНОСТЬ МЕТОДОВ ДИАГНОСТИКИ ПЕРФОРАТИВНЫХ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ ЯЗВ**

**Довнар Р.И., Гук Н.С., Путята Д.С.**

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

**Актуальность.** XX век в гастроэнтерологии ознаменовался значительными достижениями в терапевтическом лечении язв желудка и двенадцатиперстной кишки: открытием антихеликобактерных препаратов, блокаторов  $H_2$ -рецепторов, ингибиторов протонной помпы, различных лекарств репаративного действия. Несмотря на это, в силу различных социально-экономических причин в настоящее время высокой остается первичная заболеваемость язвенной болезнью, достигающей 2000 случаев на 100 тысяч населения [1].

Одновременно частота развития осложнений гастродуоденальных язв в виде перфорации по данным разных авторов составляет от 5 до 15 % [2].

Тактика диагностики перфоративной гастродуоденальной язвы давно определена. В частности в Беларуси она регламентируется Клиническими протоколами диагностики и лечения взрослого населения с острыми хирургическими болезнями. Несмотря на это, по данным разных авторов, всегда сохраняется определенный процент диагностических ошибок, иными словами информативность методов составляет менее 100 % по целому ряду факторов. В связи с вышеизложенным нами была поставлена **цель** оценить информативность общепринятых методов инструментальной диагностики, используемых в постановке диагноза перфоративной гастродуоденальной язвы, и оценить факторы, влияющие на неё. Это поможет выяснить обстоятельства, при которых врачам требуется проявлять повышенное внимание для установления правильного диагноза.

**Методы исследования.** Для достижения поставленной цели нами были проанализированы истории болезней пациентов, находящихся на лечении в УЗ «ГКБСМП г.Гродно» в 2014 – 2015 годах по поводу прободной язвы желудка или двенадцатиперстной кишки. Всего проходило лечение 34 пациента. По гендерному различию преобладал мужской пол – 24 (71 %) пациента и только 10 женщин (29 %). Прободная язва двенадцатиперстной кишки имелась у 24 пациентов (71 %), желудка – у 10 (29 %) человек. Возраст больных колебался от 21 до 91 года. Средний возраст составил 53 года. Все пациенты были оперированы. Характер операций зависел от ряда общепринятых в выборе оперативного пособия факторов. У 9 (26,4 %) пациентов выполнены лапароскопическое или лапароскопически ассистированное ушивание, у 21 (61,8 %) пациента прободная язва ушита после выполнения лапаротомии, а у оставшихся 4 больных (11,8 %) выполнена резекция желудка. Время после перфорации составило от 30 минут до 7 суток. Среднее время после перфорации – 16,8 часов. Истории болезней были проанализированы по выставленным диагнозам врачами скорой помощи, выполненным методом инструментальной диагностики и их результатам, диагнозам после операции, диаметру прободения, группе инвалидности и ряду других параметров.

Статистическую обработку результатов осуществляли с использованием пакета программ Statistica 10.0. Различия между группами оценивали с помощью непараметрического коэффициента ранговой корреляции Спирмена при заданной 5 % вероятности ошибки при отклонении нулевой гипотезы.

**Результаты и их обсуждение.** Стандартными методами диагностики прободной язвы желудка или двенадцатиперстной кишки,

согласно клиническим протоколам МЗ РБ, являются ФГДС и обзорная рентгенограмма брюшной полости. В нашем исследовании ФГДС была выполнена у 29 пациентов (85 %). Информативность в диагностике прободной язвы ФГДС составила 66 %. Обзорная рентгенограмма брюшной полости выполнена у 30 пациентов (88 %). При этом информативность обзорной рентгенограммы составила 97 %.

По мнению ряда ученых, косвенным признаком наличия прободной язвы желудка при наличии перитонита может служить обнаружение свободной жидкости в брюшной полости по данным УЗИ. У изучаемых пациентов ультразвуковое исследование органов брюшной полости проведено у 24 человек (71 %). При этом свободная жидкость в брюшной полости по данным этого метода исследования, или информативность, составила 63 %.

При анализе факторов, оказывающих влияние на информативность ФГДС, с использованием статистических методов было выявлено, что информативность ФГДС снижалась с увеличением возраста пациентов (коэффициент ранговой корреляции Спирмена  $r = -0,3$ ). Так средний возраст в группе пациентов, где ФГДС оказалась неинформативной составил 63 года, в отличие от 53 года в среднем по группе. Количество ошибок по ФГДС чаще встречалось при локализации язвы в двенадцатиперстной кишке (80 %), чем в желудке ( $r = 0,4$ ). Интересная закономерность выявилась при анализе даты поступления. Все ошибки по ФГДС были совершены во второй (40 %) и третьей (60 %) декаде месяца ( $r = -0,4$ ). Чаще в процентном соотношении не была обнаружена прободная язва у женщин, чем у мужчин ( $r = 0,3$ ). Гораздо чаще ошибки по ФГДС были совершены, когда в диагнозе направляющей организации не звучал диагноз прободной язвы (90 %) ( $r = 0,3$ ). В то же время не распознавание прободной язвы по ФГДС не зависело от диаметра прободения ( $r = 0,05$ ), от длительности последующей операции, от времени поступления и наличия или отсутствия группы инвалидности ( $r < 0,12$ ).

Ошибки обзорной рентгенографии брюшной полости сложно было обрабатывать статистически из-за малого абсолютного числа таких наблюдений.

Отсутствие свободной жидкости в брюшной полости при наличии прободной язвы по данным УЗИ не зависело от диагноза направляющей организации ( $r = -0,1$ ), диаметра прободения ( $r = 0,2$ ), пола пациента ( $r = -0,04$ ), вида выполняемой в будущем операции ( $r = 0,07$ ), данных рентгенологических обследований и ФГДС ( $r < 0,06$ ), времени поступления пациента и имеющейся инвалидности ( $r < 0,06$ ). В то же время выявление жидкости в брюшной полости по данным УЗИ в последующем увеличивало среднюю длительность пребывания пациента в стационаре ( $r = 0,5$ ), чаще встречалось у более пожилых па-

циентов ( $r=0,3$ ), у лиц с большим временем после перфорации ( $r=0,3$ ) и встречалось чаще у лиц с более серьезным и обширным перитонитом ( $r=0,3$ ).

#### **Выводы:**

1) Информативность ФГДС снижается у более пожилых пациентов, у женщин, при локализации прободной язвы в двенадцатиперстной кишке, и при поступлении пациента во 2-й и 3-й декаде месяца.

2) Правильная диагностика перфоративной гастродуоденальной язвы на догоспитальном этапе увеличивает информативность ФГДС.

3) Выявление свободной жидкости в брюшной полости по данным УЗИ служит косвенным признаком, при прочих равных условиях, более серьезного течения перфоративной гастродуоденальной язвы, что в конечном результате увеличивает длительность временной нетрудоспособности пациента.

#### **Литература**

1) Новые подходы в лечении больных с перфоративной дуоденальной язвой / П.Н. Ромашенко [и др.] // Вестник хирургии им. Грекова. – 2013. – Т. 172, № 3. – С. 42–50.

2) Epidemiology of a duodenal ulcer perforation: a study of hospital admissions in Norfolk, United Kingdom / D.S. Canoy [et al.] // Digest of liver diseases. – 2002. – Vol. 34, № 5. – P. 322–327.

## **ВЫБОР ЛЕЧЕБНОЙ ТАКТИКИ ПРИ КИСТАХ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ**

***Довнар И.С., Мармыш Г.Г., Шевчук Д.А.***

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

УЗ «Городская клиническая больница № 4 г.Гродно»

**Актуальность.** Одним из наиболее частых местных осложнений острого и хронического панкреатита являются кисты поджелудочной железы. В результате заболевания наступает деструкция поджелудочной железы, что приводит к возникновению кист. Не отмечено прямой зависимости между размером кисты и объемом некротизированной поджелудочной железы (3).

В диагностике кист поджелудочной железы в настоящее время основную роль играет ультразвуковое исследование. Кисты выявляются как округлые образования различной величины с гладкими и хорошо очерченными стенками, дающими сильный отраженный сигнал. При поликистозе нормальная паренхима в разной степени замещается множеством кист различного диаметра. По литературным данным минимальный размер кисты, видимой с помощью ультразвука, равен 5 мм (2).

Кисты небольших размеров без осложнений можно лечить консервативно. Значительные по величине кисты, стойкий болевой синдром или возникновение осложнений является показанием к