

## ИММУНОМОДУЛЯТОРЫ БЕТАЛЕЙКИН И НЕОВИР В ПРОФИЛАКТИКЕ ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ У БОЛЬНЫХ С ОПЕРАБЕЛЬНЫМИ ОПУХОЛЯМИ ЖКТ

Н. В. Шабашова, Е. В. Фролова, В. В. Новаковский  
г. Санкт-Петербург

Нарушения иммунитета, которые мы наблюдаем в хирургической практике, особенно у онкологических больных, проявляются в развитии иммунодефицитных состояний, что приводит к развитию острых и хронических инфекционно-воспалительных процессов.

Сравнительная оценка влияния иммуномодуляторов беталейкина и неовира на течение послеоперационного периода и показатели иммунного статуса у больных с операбельными опухолями желудочно-кишечного тракта является целью нашего исследования.

Под нашим наблюдением находилось 65 больных с операбельными опухолями желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) (средний возраст составил  $64,8 \pm 7,5$  года). Больные контрольной группы (25 человек) получали общепринятое комплексное лечение. В основной группе I (25 человек) дополнительно назначали индуктор эндогенных интерферонов неовир по следующей схеме: до операции — 2,0 мл 12,5% раствора внутримышечно курсом 5 инъекций через 48 часов; после операции введение препарата повторяли по указанной схеме. В основной группе II — рекомбинантный интерлейкин-1 $\beta$ , полученный в С-Пб НИИ ОЧБ. Беталейкин вводили на третьи сутки после операции; всего пять инъекций каждый день.

Оценивали число гнойно-септических осложнений и связанных с ними релапаротомий, течение репаративных процессов в послеоперационном периоде, длительность пребывания больных в стационаре.

Клеточные факторы иммунитета изучали в лимфоцитотоксическом тесте с двойной иммунофлюоресцентной меткой при использовании моноклональных антител (НПЦ «МедБиоСпектр»). Интерферон- $\alpha$  (ИНФ- $\alpha$ ), интерлейкин-1 $\beta$  (ИЛ-1 $\beta$ ), фактор некроза опухолей- $\alpha$  (ФНО- $\alpha$ ) определяли иммуноферментным методом с использованием коммерческих наборов (ТОО «Цитокин», «Протеиновый контур» С-Пб НИИ ОЧБ). Уровень антител в сыворотке крови исследовали методом радиальной иммунодиффузии. Функциональную активность нейтрофилов оценивали в тесте восстановления нитросинего тетразолия (НСТ). Статистическую обработку полученных результатов проводили с помощью критерия Стьюдента.

При сравнении базальных уровней с показателями после полного курса неовира выявлено достоверное ( $p < 0,05$  здесь и далее) повышение относительного числа CD3+ ( $61,7 \pm 2,8$  и  $69,2 \pm 2,7$  соответственно), CD22+ ( $23,1 \pm 3,7$  и  $37,4 \pm 6,0$ ) лимфоцитов, усиление экспрессии рецептора к ИЛ-2 (CD25) ( $15,4 \pm 2,4$  и  $26,2 \pm 3,3\%$ ) и числа естественных киллеров (CD16) ( $13,1 \pm 1,9$  и  $20,4 \pm 2,2\%$ ). В сыворотке

крови увеличивалась концентрация  $\alpha$ -ИНФ ( $15,7 \pm 10,9$  и  $234,2 \pm 159,7$  пг/мл), возрастала спонтанная ( $3700 \pm 1046$  и  $4483 \pm 1293$  пг/мл) и индуцированная ( $3800 \pm 819$  и  $7867 \pm 1500$  пг/мл) продукция ИЛ-1 $\beta$ , отмечена тенденция к усилению выработки ФНО- $\alpha$ .

Применение неовира приводило к уменьшению числа послеоперационных гнойно-септических осложнений: 20% в контрольной группе и 4% — в опытной. Снижение числа гнойных осложнений в основной группе обеспечило снижение сроков пребывания в стационаре больных основной группы по сравнению с контрольной ( $14,2 \pm 1,9$  и  $20,1 \pm 2,5$  дней соответственно). У больных основной группы, по сравнению с контрольной, быстрее протекали репаративные процессы, что проявлялось возможностью более раннего снятия швов с операционной раны ( $7,6 \pm 0,2$  и  $10,7 \pm 0,7$  дней соответственно).

Включение беталейкина в комплексное лечение больных в послеоперационном периоде привело к достоверному ( $p < 0,05$  здесь и по другим показателям) повышению количества лейкоцитов в опытной группе ( $8,7 \pm 0,9 \times 10^9$  г/л) по сравнению с контрольной ( $5,4 \pm 0,5 \times 10^9$  г/л) и абсолютному и относительному числу лимфоцитов ( $34,2 \pm 3,0\%$  и  $24,0 \pm 2,0\%$  соответственно). Применение беталейкина приводило к усилению дифференцировки всех субпопуляций лимфоцитов. Однако наиболее выраженное влияние беталейкин оказывал на дифференцировку лимфоцитов в цитотоксическую субпопуляцию CD8+ и естественные киллеры CD16+ при сравнении базальных уровней с показателями после курса препарата. Возрастала способность нейтрофилов к продукции кислородзависимых радикалов.

Применение беталейкина приводило к снижению сроков пребывания в стационаре больных опытной группы по сравнению с контрольной после оперативного вмешательства ( $13,2 \pm 1,7$  и  $20,1 \pm 2,5$  дней соответственно) и более раннему снятию швов с операционной раны ( $7,2 \pm 0,2$  и  $10,7 \pm 0,7$  дней соответственно). К положительному влиянию лечения беталейкином можно отнести отсутствие послеоперационных гнойных осложнений в опытной группе против контрольной группы.

Применение иммуномодулирующей терапии позволило улучшить качество течения послеоперационного периода у больных с операбельными опухолями ЖКТ, снизить количество послеоперационных осложнений и уменьшить время пребывания пациентов в стационаре. Отметим более выраженный эффект при применении беталейкина, что подтверждается как клиническими наблюдениями, так и результатами иммунологических исследований.

## МЕСТО ОЗОНОТЕРАПИИ И ВНУТРИВЕННОГО ЛАЗЕРНОГО ОБЛУЧЕНИЯ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ПОЛИОРГАННОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ БОЛЬНЫХ

В. Н. Шалдуга, А. А. Анисимов

г. Харьков

Полиорганная недостаточность, осложняющая течение любого септического процесса и острого перитонита в частности, настоятельно требует разработки широкой патогенетически обоснованной терапии с учетом лежащих в ее основе микроциркуляторных и метаболических расстройств. Известно, что причиной последних служит энергодефицит, приводящий к срыву равновесия в системе: перекисное окисление липидов (ПОЛ) — антиоксидантная защита (АОЗ) и генерация свободнорадикальных процессов в органах. (О. Е. Колесов с соавт., 1995; В. Е. Илларионов, 1992; А. А. Глухов с соавт., 1995).

Нами разработан метод сочетанного применения внутривенного лазерного облучения крови и озонотерапии как составной части лечения синдрома интоксикации при полиорганной недостаточности. Выбор озона для устранения указанных расстройств был обусловлен способностью восстанавливать нарушенное окислительно-восстановительное равновесие за счет стимуляции ферментативного звена АОЗ, а снижение интенсивности ПОЛ при лазерном воздействии способствует ускорению репаративных процессов и усилению антиоксидантного воздействия на организм. Озон, являясь наиболее мощным окислителем, обладает в то же время комплексным многофакторным действием на организм, не вызывая при этом каких-либо серьезных осложнений.

Использована общепринятая схема комплексного патогенетического лечения больных с внутривенным инфузионно-капельным введением озоносодержащих препаратов в виде озонированного физиологического раствора в концентрации озона 300 — 600 мкг/л. Озонирование растворов выполнялось с помощью аппарата «Медозон» непосредственно перед применением. Препараты вводили ежедневно 5 — 10 дней до стабилизации состояния пациентов. Одновременно проводилось интракорпоральное внутривенное лазерное облучение крови с помощью моноволоконного оптического кварц-полимерного световода диаметром 0,4 мм. Использовался гелий-неоновый лазер типа АЛОУ-2 (длина волны 0,63 мкм, мощность излучения на конце световода 2 мВт, экспозиция 15 — 40 мин.).

Предлагаемая схема была применена в послеоперационном периоде как дополнение к стандартной инфузионно-трансфузионной и антибактериальной терапии у 53 больных с разлитыми гнойными перитонитами (при этом источником перитонита у 10 явился перфورا-

тивный аппендицит, у 11 — перфоративная язва желудка и 12-перстной кишки, у 12 причиной перитонита послужил деструктивный холецистит, 15 больных имели панкреонекроз, 6 больных имели проникающее ранение брюшной полости с повреждением кишечника).

Эффективность лечения оценивалась по отношению к контрольной группе из 27 больных с аналогичной патологией и сходными клиническими характеристиками, у которых лечение проводилось по обычной схеме. По полу и возрасту группы существенного различия не имели. Сравнительному анализу подверглись: количество эритроцитов, лейкоцитарный индекс интоксикации, определение количества в крови средних молекул, уровень креатинина, мочевины, общего белка, билирубина, показатели активности иммунного ответа, параметры кислотно-щелочного равновесия. Анализы набирались непосредственно после операции и каждые трое суток проводимой терапии. При этом установлено, что у больных основной группы отчетливый положительный эффект был более выражен и наступал раньше, чем у больных контрольной группы. Наиболее информативными и демонстративными считали динамику снижения уровня средних молекул (с  $0,856 \pm 0,120$  до  $0,414 \pm 0,068$  у больных основной анализируемой группы и с  $0,722 \pm 0,077$  до  $0,566 \pm 0,055$  в группе контроля); лейкоцитарного индекса интоксикации (с  $16,4 \pm 2,9$  до  $5,1 \pm 1,5$  в сравнении с  $14,6 \pm 2,2$  до  $6,9 \pm 3,5$ ), циркулирующие иммунные комплексы снижались на 15 — 17% в основной группе и на 8 — 9% в группе контроля. При анализе показателей КЩС выявлено, что отмечается повышение содержания  $pO_2$  (в среднем, на 8 — 10% по сравнению с контрольной группой),  $pCO_2$  может кратковременно незначительно снижаться. При отсутствии гемотрансфузий увеличение количества эритроцитов в основной группе происходило быстрее (с  $2,9 \times 10^{12} \pm 0,9 \times 10^{12}/л$  до  $3,7 \times 10^{12} \pm 1,16 \times 10^{12}/л$  в основной группе и с  $2,7 \times 10^{12} \pm 1,1 \times 10^{12}/л$  до  $3,0 \times 10^{12} \pm 0,9 \times 10^{12}/л$  в группе контроля на третий день послеоперационного периода). Кроме того, в среднем на 1 — 2 суток раньше нормализовалась температура тела, стабилизировались показатели гемодинамики, появлялась активная перистальтика кишечника, улучшалось общее состояние.

Данный положительный клинический эффект получен у 44 из 53 больных. При этом осложнений и побочных эффектов при использовании озонотерапии и интракорпорального внутривенного лазерного облучения крови не наблюдалось.

Применение предлагаемой схемы лечения больных с тяжелыми гнойными процессами в брюшной полости, являющимися причиной развития полиорганной недостаточности, как составной части комплексной патогенетической терапии усиливает эффект антибакте-

риальной терапии, способствует быстрее детоксикации, стимулирует репаративные процессы, является экономически эффективным и, в конечном итоге, способствует снижению летальных исходов и требует дальнейшего изучения.

## ЛИМФОЦИТОГРАММА ПРИ УЗЛОВОМ ЗОБЕ

С. И. Шевченко, В. П. Колесник

г. Харьков

В настоящее время в отечественной и зарубежной литературе широко обсуждается вопрос о роли иммунных нарушений при заболеваниях щитовидной железы, так как успех лечения у лиц с данными заболеваниями зависит от состояния иммунореактивности организма. Основную роль в иммунной защитной реакции организма играют лимфоциты.

Для выяснения уровня иммунного ответа нами изучено состояние иммунологической реактивности организма по содержанию морфологически различных лимфоцитов периферической крови у 37 больных узловым зобом, которые находились на лечении в Харьковской областной клинической больнице в возрасте от 19 до 70 лет в зависимости от степени увеличения щитовидной железы и длительности заболевания.

В качестве контроля обследовано 30 практически здоровых лиц такого же возраста. Клинический диагноз был верифицирован данными гистологического исследования. Результаты исследований обработаны статистически с использованием таблиц процентов и их ошибок В. С. Генеса и коэффициента Стьюдента.

При морфометрии в нескольких мазках крови, окрашенных по Романовскому, подсчитывали диаметр 100 лимфоцитов. Размеры и категории лимфоцитов определяли по В. И. Говалло (1987). В контрольной группе у (90±6)% обследованных количество малых лимфоцитов составляло от 3 до 7%, что принято за показатель нормы. Количество больших лимфоцитов у (67±9)% здоровых лиц было от 2 до 5%, что принято за показатель нормы. Количество средних лимфоцитов было в пределах от 89 до 96% у (77±8)% здоровых лиц, что принято за показатель нормы.

В зависимости от степени увеличения щитовидной железы при узловом зобе лимфоцитограмма вариабельна. Для III степени увеличения (28) больных характерно достоверное снижение нормальных показателей малых лимфоцитов у (54±10)% лиц по сравнению с контролем ( $p < 0,05$ ) и увеличение количества лиц (32±9)% с содержанием малых лимфоцитов выше нормы. У (14±7)% больных содержание малых лимфоцитов было ниже нормы. У (46±10)%

отмечается достоверное снижение нормальных показателей средних лимфоцитов и статистически достоверное увеличение количества лиц (43±10)% с содержанием средних лимфоцитов ниже нормы ( $p < 0,05$ ). У (11±6)% больных показатели средних лимфоцитов существенно не отличаются от контроля.

При IV степени увеличения (9 больных) содержание малых, больших и средних лимфоцитов существенно не отличалось от нормы.

В зависимости от длительности заболевания содержание различных по размерам лимфоцитов было разным. Что касается содержания малых лимфоцитов у больных с длительностью заболевания до 1 года, то у 20 больных (69±9)% их количество не отличалось от нормы, у 3 больных (10±6)% — ниже нормы, у (17±7)% — выше нормы, что статистически недостоверно. Показатели больших лимфоцитов также существенно не отличаются от показателей контрольной группы. У (28±8)% больных их содержание было ниже уровня нормы, у (45±9)% — на уровне нормы, у (28±8)% — выше уровня нормы, что статистически недостоверно. Содержание средних лимфоцитов у 10 больных (34±9)% было ниже уровня нормы, у 17 (59±9)% — на уровне нормы, у 2 (7±5)% — выше нормы, что также статистически недостоверно.

У больных с длительностью заболевания больше года отмечается тенденция к увеличению содержания малых лимфоцитов в периферической крови. У 3 больных (38±18)% содержание малых лимфоцитов было на уровне нормы, у (50±19)% — выше уровня нормы, что статистически достоверно. Показатели больших лимфоцитов не имеют существенных отличий от нормы. У (25±16)% больных показатели больших лимфоцитов были ниже нормы, у (38±18)% — на уровне нормы, у (38±18)% — выше нормы, что статистически недостоверно по сравнению с контролем. Отмечено уменьшение количества лиц (25±16)% с содержанием средних лимфоцитов на уровне нормы и увеличение количества лиц (62±18)% с содержанием средних лимфоцитов ниже уровня нормы, что статистически достоверно. У (12±12)% больных количество средних лимфоцитов выше уровня нормы.

Таким образом, при III степени увеличения

цитовидной железы отмечено достоверное увеличение количества малых лимфоцитов в периферической крови и уменьшение содержания средних лимфоцитов у большинства больных узловым зобом. Показатели больших лимфоцитов не отличаются от контроля. При IV степени лимфоцитограмма существенно не отличается от нормы. У больных с длительностью забо-

левания до 1 года содержание морфометрически различных лимфоцитов не отличается от контроля. При длительности заболевания больше года характерно достоверное увеличение количества малых лимфоцитов и уменьшение содержания средних лимфоцитов в периферической крови. Количество больших лимфоцитов не отличается от нормы.

## ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ЗАКРЫТЫХ ПОВРЕЖДЕНИЙ ПАРЕНХИМАТОЗНЫХ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ ПРИ СОЧЕТАННОЙ ТРАВМЕ

**В. В. Яроцк, А. М. Белозерцев, Н. И. Томашевский, В. А. Лыков, В. А. Беглова**  
г. Донецк

В последние годы резко возросло количество пострадавших с крайне тяжелыми множественными и сочетанными повреждениями органов брюшной полости, грудной клетки и головного мозга при тяжелых черепно-мозговых травмах, для которых характерны сложность и разнообразие клинической картины, полиморфизм нарушений функций с трудностями диагностики и неблагоприятным течением. Клиника закрытых повреждений органов брюшной полости всегда, а при ЧМТ особенно, довольно разнообразна, характеризуется непостоянством симптомов и зависит от механизма травмы, характера повреждения органов брюшной полости, давности заболевания (травмы) и течения патологического процесса. Эти травмы сопровождаются тяжелыми субдуральными гематомами и повреждением паренхиматозных органов, тяжелым внутрибрюшным кровотечением и геморрагическим шоком, создают urgentную ситуацию, трудности диагностики и последовательности их выполнения. Кроме того, каждая из них представляет опасность для жизни пострадавшего, взаимно отягощают друг друга. Нередко характер повреждения органов брюшной полости определяет не только тяжесть состояния пострадавшего, но и очередность оказания экстренной хирургической помощи. Однако диагностика повреждений паренхиматозных органов у больных с тяжелой ЧМТ, повреждением и ушибом головного мозга, тяжелой комой представляет большие трудности.

В настоящей работе обобщен опыт лечения больных с сочетанными повреждениями головного мозга (тяжелые черепно-мозговые травмы, кома I — II) и тупой травмой живота с повреждением паренхиматозных органов у 68 больных. Больные находились в возрасте от 15 до 65 лет, среди пострадавших преобладали мужчины. Причины травмы: автодорожная катастрофа — 49, шахтная травма — 19 и др. 47% пострадавших находились в состоянии алкогольного опьянения. Все больные госпитализированы в первые 2 — 3 часа с момента травмы.

Широкое внедрение в клиническую практику новейших современных методов диагностики (эхолокации, рентгенконтрастных методов, компьютерной томографии и др.) позволяет значительно повысить качество ранней диагностики при госпитализации пострадавших в нейрохирургическое отделение многопрофильного лечебного учреждения. В особую группу следует выделить пострадавших с тяжелой черепно-мозговой травмой (ушиб и повреждение головного мозга, коматозное состояние). Невозможность контакта с пострадавшим и отсутствие признаков повреждения кожи передней брюшной стенки нередко приводит в заблуждение врачей. Мы считаем осмотр абдоминальным хирургом этих больных в обязательном порядке. Это позволило нам у 35 больных исключить повреждение органов брюшной полости в связи с устойчивой гемодинамикой и отсутствием соответствующей клиники. Физикальные методы исследования у этой группы больных не всегда позволяют поставить правильный диагноз и исключить повреждение органов брюшной полости, а применение рентгенологических методов невозможно из-за крайне тяжелого состояния пострадавших. Наиболее безопасным доступным и достаточно информативным является лапароцентез с «шарящим» катетером. Так, при выполнении лапароцентеза с «шарящим» катетером из 115 пострадавших у 68 обнаружена кровь в брюшной полости. В связи с наличием перелома с одной или обеих сторон грудной клетки, заподозрено повреждение печени или селезенки и больные оперированы в urgentном порядке — лапаротомия, ушивание ран печени или спленэктомия, а затем 37 из них выполнена декомпрессионная трепанация черепа. У остальных больных этой группы повреждение органов брюшной полости исключено. Однако считаем необходимым при отсутствии выделения из дренажа брюшной полости крови или кишечного содержимого оставить «шарящий» катетер в брюшной полости на 1 — 2 суток с целью своевременного устранения

возможных диагностических ошибок при двухфазном разрыве печени или селезенки. В 5 наблюдениях при отрицательных данных после лапароцентеза и невозможности исключить повреждение паренхиматозных органов нами выполнена лапароскопия, которая позволила абсолютно точно диагностировать повреждение диафрагмальной поверхности правой доли печени и скопление крови под правым куполом диафрагмы у 3 из них и исключить повреждение внутренних органов у остальных.

Мы считаем целесообразным при тупой травме живота с повреждением паренхиматозных органов выполнять верхнесрединную лапаротомию, которая обеспечивает достаточный доступ ко всем органам. Считаем не целесообразным для этих целей превращать срединный доступ в Рио-Бранко или торако-абдоминаль-

ный. Основной целью операции является остановка кровотечения путем наложения гемостатического шва или зажимов на сосудистую ножку. И только после выведения больного из состояния геморрагического шока продолжить операцию. Мы отдаем предпочтение наложению восьмиобразного или П-образного шва на печень. При глубоких ранах печени прошиваем кровоточащий сосуд, останавливаем кровотечение, а затем рану тампонируем прядью большого сальника и ушиваем ее.

В трех наблюдениях выполнена спленэктомия в связи с травмой селезенки. После операции больные должны продолжать лечиться в нейрореанимации под наблюдением нейрохирурга и абдоминального хирурга.

Умерло 4 больных, причиной смерти явились тяжелые нарушения гомеостаза с развитием опасных для жизни осложнений.

## ОЖГОВАЯ БОЛЕЗНЬ: ЭПИДЕМИОЛОГИЯ И КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ В УСЛОВИЯХ ХАРЬКОВСКОГО РЕГИОНА

**Г. С. Яцына**

*г. Харьков*

Ожоги являются одной из актуальных проблем современной медицины. Специалисты считают, что частота термических поражений постоянно увеличивается. В последние годы не отмечено тенденции к снижению летальности от ожогов. Последняя составляет в Украине от 1,5 до 4,5 — 5%.

Использование общепринятых и новых методов лечения положительно влияет на течение ожоговой болезни. В настоящее время, как правило, выздоравливает большинство взрослых пострадавших с глубокими ожогами до 40% при общей площади поражения до 50% поверхности тела. Однако при обширном поражении значительная часть больных погибает.

Нами проведен анализ летальности по данным Харьковского ОЦ за 1994 — 1996 гг. За этот период всего лечилось стационарно 2169 пострадавших, из них умерли 230 человек (10,6%).

Установлено, что летальный исход наступал как в стадии ожогового шока, так и в стадиях быстрой ожоговой токсемии и септикотоксемии. Смерть в стадии ожогового шока имела место в 51 наблюдении (22,2%), в стадии острой ожоговой токсемии — в 122 (53,2%), а в стадии септикотоксемии — в 57 (24,8%).

При анализе историй болезней умерших выявлено, что самую большую возрастную группу составили пострадавшие в возрасте 50 — 59 лет (30%) и 60 и более лет (28,5%). Основную массу ожогов составили бытовые травмы — 197 человек (85,7%). По причине преобладали ожоги пламенем — 179 случаев (77,9%). Из

числа умерших у 206 человек (89,6%) при поступлении в приемное отделение имел место шок, у 7 человек (9,1%) состояние расценивалось как средней тяжести, у 46 (59,7%) — тяжелое и у 16 человек (20,8%) — крайне тяжелое.

Как правило, поверхностные ожоги сочетались с глубокими, что оказывало влияние на течение и исход болезни. У части больных имели место ожоги верхних дыхательных путей.

Длительность пребывания в стационаре в группе умерших колебалась в интервале от 1 до 179 суток (единичные случаи). В 75,8% смерть наступала в течение первых 30 суток.

Нами были изучены протоколы вскрытий и гистологические исследования в 77 наблюдениях. В зависимости от стадии ожоговой болезни, в которой наступила смерть, патологоанатомические изменения в органах и тканях имели свои особенности. У умерших в стадии ожогового шока изменения в ЦНС характеризовались выраженными циркуляторными расстройствами: полнокровием сосудов, стазами, микротромбозом, а также развитием отека вещества мозга и его оболочек. У умерших в стадии ожоговой токсемии и септикотоксемии изменения в ЦНС характеризовались сочетанием сосудисто-циркуляторных, а также дистрофических и некробиотических изменений в виде очаговой вакуолизации цитоплазмы нейронов.

В сердечной мышце в стадии ожогового шока выявлялись распространенные расстройства микроциркуляции в виде полнокровия сосудов с развитием эритроцитарных стазов и микротромбоза. Также отмечались очаги белко-

вой и жировой дистрофии кардиомиоцитов. В стадии ожоговой токсемии в миокарде преобладали дистрофические изменения кардиомиоцитов, а также отек и полнокровие интерстиция. Для стадии ожоговой септикотоксемии, наряду с вышеописанными изменениями, нередко обнаруживалась картина межочечного миокардита.

У погибших от ожоговой болезни поражения легких и различные легочные осложнения наблюдались и также различались в зависимости от ее стадии. Так, в периоде шока в легких отмечалась гиперемия, микротромбозы, множественные кровоизлияния в межальвеолярные перегородки и просветы альвеол, распространенный бронхоспазм, множественные ателектазы, а также картина острого катарального эндобронхита. В стадии ожоговой токсемии во всех наблюдениях имела место 2-сторонняя бронхопневмония. Трахеобронхит имел характер фибринозного, фибринозно-геморрагического, реже — некротического. В стадии ожоговой септикотоксемии морфологические изменения в легких характеризовались развитием тяжелой гнойной или фибринозно-гнойной пневмонии, бронхоэктазов, абсцессов.

Изменения в ЖКТ в стадии шока характеризовались острыми расстройствами кровообращения, дистрофией и десквамацией энтеро-

цитов. У погибших в периоде ожоговой токсемии и септикотоксемии, наряду с описанными изменениями, нередко обнаруживалась картина эрозивного гастрита и острые язвы желудка и 12-перстной кишки.

В печени у погибших в стадии ожогового шока обнаруживалось венозное полнокровие, центрлобулярные кровоизлияния, гиалиново-капельная и гидрорическая дистрофия. В стадии ожоговой токсемии и септикотоксемии преобладала тяжелая жировая дистрофия гепатоцитов, центрлобулярные некрозы.

Изменения почек в стадии шока характеризовались резким венозным полнокровием, отеком интерстиция, развитием стазов и микротромбоза. Эпителий канальцев — в состоянии гиалиново-капельной и гидрорической дистрофии. Встречались участки некроза эпителия канальцев.

В стадии токсемии и септикотоксемии имела место картина острого очагового или диффузного тубуло-интерстициального нефрита. В некоторых наблюдениях в стадии септикотоксемии обнаруживались очаговый гломерулосклероз, склероз стенок сосудов и стромы.

Таким образом, проведенный анализ летальности и клинико-морфологических проявлений термических поражений свидетельствует об актуальности данной проблемы.

## ДИНАМИКА СНИЖЕНИЯ МАССЫ ТЕЛА У БОЛЬНЫХ МОРБИДНЫМ ОЖИРЕНИЕМ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ ВЕРТИКАЛЬНОЙ ГАСТРОПЛАСТИКИ

Ю. И. Яшков, А. Д. Тимошин, А. А. Мовчун, Т. А. Оппель  
г. Москва

Проанализированы результаты вертикальной гастропластики (ВГП) у 54 пациентов (15 мужчин и 39 женщин) в возрасте  $41,1 \pm 10,7$  лет (от 16 до 61 года), оперированных по поводу морбидного ожирения с ноября 1992 по апрель 1999 года. Средняя масса тела (МТ) оперированных пациентов составила  $147,7 \pm 34,5$  кг, преобладали больные ожирением 4 степени, по классификации Егорова и Левитского (77,8%) и суперожирением, т. е. с индексом МТ свыше  $50 \text{ кг/м}^2$  (56%).

Показания к ВГП ставились при избытке МТ, превышающем норму на 45 кг или 70%; индексе МТ свыше  $40 \text{ кг/м}^2$ ; наличии сопутствующих ожирению заболеваний; неэффективности ранее проводимых мероприятий по снижению МТ.

Операция выполнялась по методике Е. Mason, а с мая 1996 г. — в стандартизованном варианте, включающем: формирование вертикально ориентированной малой части желудка объемом 11 — 18 мл с проведением интраоперационной волюметрии; одномоментное 4-рядное вертикальное скрепочное прошивание; калибровку периметра выходного отдела

из малой части желудка (5,0 см) с использованием полипропиленовой ленты для предупреждения его растяжения.

29 (57%) пациентам выполнены сочетанные с ВГП оперативные вмешательства: холецистэктомия при наличии желчнокаменной болезни, грыжесечение — 14, иссечение кист яичника и маточной трубы — 2, абдоминальная дерматолипэктомия — 1.

По мере освоения операции оптимизирована методика ведения послеоперационного периода, предусматривающая отказ от стандартного назогастрального дренирования, раннюю (со следующего утра после операции) активизацию больных и назначение жидкого питания, проведение превентивной антибактериальной и антикоагулянтной терапии, назначение церукала и  $\text{H}_2$ -блокаторов, применение бандажа. Постепенный переход на твердую пищу рекомендовался через 4 — 6 недель после операции.

Неосложненное течение раннего послеоперационного периода отмечено у 43 (79,7%) больных. Отмечен один смертельный исход (летальность 1,85%) от тромбоэмболии легочной артерии у пациента с исходной МТ 190 кг,

оперированного по витальным показаниям. Большинство других осложнений в раннем послеоперационном периоде были обусловлены специфическими особенностями тучных больных, закончились их выздоровлением и в целом не отразились на исходе операции.

В отдаленном послеоперационном периоде у 32,7% выявлены послеоперационные грыжи, устранявшиеся при проведении второго этапа оперативного лечения одновременно с выполнением абдоминопластики. У 3 больных, оперированных на первом этапе освоения методики, в отдаленные сроки после операции отмечена реканализация вертикального линейного шва, двум из них произведена регастропластика. Еще одна повторная ВГП выполнена пациентке, у которой спустя 5 лет после первой операции отмечено прогрессирующее восстановление МТ за счет дилатации малой части желудка при изначально завышенном ее объеме. Не было случаев рубцовых стенозов выходного отдела из малой части и эрозии полипропиленовой ленты в просвет желудка.

Снижение МТ в результате ВГП отмечено у всех оперированных больных. Наиболее интенсивная потеря МТ происходила в течение первого полугодия, и к периоду стабилизации снижение избыточной МТ составляло от 41,4 до 85,4% (в среднем  $60,9 \pm 11,3\%$ ). К февралю 1999 года стабилизация МТ зафиксирована у 22 больных. Средний срок наступления стабилизации —  $21,8 \pm 11,6$  месяцев после операции.

Более чем у половины оперированных больных снижение МТ и в отдаленные сроки после операции превышало 50% от избытка МТ до операции. В группе больных с завершённой потерей МТ превышение максимально-

го показателя снижения МТ, по сравнению с окончательным, составило в среднем 10,1%. У 12 из 22 больных стабилизация носила устойчивый характер, т. е. показатель окончательной потери МТ не превышал максимальный на 10%. У остальных 10 пациентов восстановление МТ к февралю 1999 г. составило более 10% (14,0 — 27,5%). У больных суперожирением период снижения МТ был продолжительнее, а стабилизация МТ наступала обычно в течение третьего года. Несмотря на большие абсолютные (в кг) показатели, в процентном отношении снижение МТ было менее выражено, чем у больных МО, и определенная часть больных, основываясь на показателе индекса МТ, продолжала относиться к группе МО.

Несмотря на кардинальный характер изменений в привычках и структуре питания после ВГП, все опрошенные больные, вне зависимости от степени снижения МТ, оценили общий результат ВГП положительно. Результатом снижения МТ после операции явилось также более благоприятное течение сопутствующих ожирению заболеваний, в первую очередь артериальной гипертонии, сахарного диабета 2 типа, синдрома сонного апноэ, дисфункции яичников. Получены данные, свидетельствующие о благоприятном воздействии ВГП на липидный и гормональный профиль.

Результаты ВГП в целом благоприятные. Выполнение операции по стандартизированной методике с объемом малой части желудка 11 — 18 мл не вызывает метаболических последствий, однако способствует улучшению отдаленных результатов операции. Определенная часть пациентов, перенесших ВГП, нуждается в проведении послеоперационной диетокоррекции.

## НОВЫЕ СПОСОБЫ ЭНТЕРАЛЬНОГО ПИТАНИЯ

В. А. Бондаренко, К. А. Вандер

г. Харьков

Несмотря на то, что энтеральное зондовое питание известно уже достаточно давно, тем не менее, этот способ содержит значительное количество резервных возможностей повышения его эффективности, чему и посвящена настоящая публикация.

Проведенные нами исследования по изучению патофизиологической реакции организма на пищу при шунтировании ее пассажа по проксимальному отделу пищеварительного канала, показали, что в этом случае нарушается структура соотношения белков, жиров, углеводов при их поступлении в организм.

Это звено в патофизиологической реакции организма не имело тенденции к аутокомпенсации, но может быть скорректировано экзогенным путем.

Суть нового способа энтерального питания состоит в выделении из единой пищевой смеси двух функциональных модулей: жиру-углеводного и белково-углеводного, которые вводят последовательно с интерпозицией введения водно-солевого раствора. При этом периоды введения соответственно — 1,5 — 2,0 ч., 0,5 — 1 ч., 2,5 — 3,0 ч. («Спосіб проведення ентерального зондового харчування» — патент на изобретение № 23196А от 19.05.98 МКИ6 А61К 9/08; решение госпатента Украины от 18.11.97 г.; приоритет от 9.08.96).

Разработка режимов введения названных модулей была проведена экспериментальным путем (на собаках методом нагрузки) с последующей экспериментальной (на крысах методом дозированного питания по способу-прототипу и новому способу в условиях наблюдения за животными в метаболических клетках) сравнительной оценкой эффективности нового способа энтерального питания.

Апробация в клинических условиях нового режима введения была проведена в группе больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки с истощением второй степени (n = 17), а результаты были сопоставлены с результатами, полученными при энтеральном питании по схеме «ЭЗОП».

Анализ результатов показывает, что новый способ ЭЗП существенно эффективнее прототипа. Уже с 3 суток после операции уровни наиболее лабильных маркеров белкового обмена (концентрации в периферической крови свободного аминного азота и трансферрина) в

группе больных с ЭЗП новым способом на 18 — 19% выше, чем в группе больных с ЭЗП по способу-прототипу.

Аналогичное соотношение (3 — 9%) имело место и между энергетическими веществами в первые трое суток после операции (концентрации свободных жирных кислот, триглицеридов, глюкозы).

Вместе с тем, по мере увеличения продолжительности ЭЗП, отличие между способами питания по лабильным маркерам белкового обмена существенно снижалось — до 3 — 12% для свободного аминного азота и трансферрина, хотя сохранялось (и даже с тенденцией к увеличению — 3 — 12%) отличие по маркерам энергетической обеспеченности, что отражает более эффективное накопление белков в организме больных с ЭЗП новым способом.

Подтверждает сказанное динамика уровня альбуминов в периферической крови в обеих группах — вначале рост разности величин (III — VII сутки соответственно 2 — 11 — 19%) с последующим (к XIV суткам) снижением (9%). Наоборот, отличие в уровнях общего белка и гемоглобина к XIV суткам после операции максимально.

Следовательно, новый способ эффективнее не только в отношении сбережения существующего в организме белкового пула, но и более активно влияет на переход катаболической фазы в анаболическую.

Проведенные нами исследования показали также, что при истощении в стадии декомпенсации формируется патологическая гиперчувствительность метаболизма к энтеральному питанию, которая сопровождается неадекватной активацией обмена в момент питания, превышающей потенциал поступающих нутриентов.

Для этой клинической ситуации нами был разработан способ сопряженного парентерально-энтерального питания.

В этой связи мы выделяем изолированное парентеральное, изолированное энтеральное зондовое, сочетанное парентеральное и энтеральное, сопряженное парентерально-энтеральное питание.

В случае сочетания парентерального и энтерального способов питания каждый из них проводится как полный (наличие всех нутриентов), но не полноценный (количество нутриентов не соответствует потребностям в них), а пол-



ноценность суточного рациона достигается именно суммацией этих способов.

В случае же сопряженного парентерально-энтерального питания парентерально и энтерально проводится не полное и не полноценное питание, но наличие единого режима введения трех основных нутриентов формирует единый комплекс, в результате чего образуют новый способ — полный и полноценный.

Если при сочетании парентерального и энтерального питания каждый способ может иметь самостоятельный режим в течение суток, то при сопряжении должен быть единый режим введения нутриентов двумя путями.

Возможны несколько вариантов сопряженного введения трех основных нутриентов, но наш опыт показывает, что наиболее рациональ-

но энтеральное введение углеводов и жиров, а аминокислот — парентеральное. По мере восстановления статуса питания, белки следует также вводить энтерально, при этом их энтеральная квота изменяется от 0 до 100%.

Апробация сопряженного парентерально-энтерального способа питания была проведена нами у больных с язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки и раком желудка с декомпенсированным истощением и показала, что данный способ более эффективен клинически и экономически.

Таким образом, разработанные новые способы питания хирургических больных расширяют возможности и повышают эффективность коррекции нарушений питания при снижении экономических затрат на такую коррекцию.

## НОВОЕ В ТЕХНИКЕ ИНТУБАЦИИ ТОЩЕЙ КИШКИ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ЭНТЕРАЛЬНОГО ПИТАНИЯ

К. А. Вандер, М. В. Голетиани  
г. Харьков

Одной из причин отказа хирургов практического здравоохранения от проведения энтерального питания является преувеличение ими сложности и опасности интубации проксимального отдела пищеварительного канала.

Цель настоящей публикации — ознакомить их с новыми техническими приемами, которые разработаны нами.

**Трансназальная интраоперационная интубация** (последовательность манипуляций):

1) ввести в зонд шприцем подсолнечное масло и смазать его снаружи;

2) провести по зонду мандрен (в зависимости от диаметра зонда, 1 — 3 штуки лески диаметром 0,8 — 1,0 мм) и зафиксировать мандрен винтовым зажимом, наложенным на проксимальный конец зонда;

3) анестезиологу провести зонд с мандреном через нижний носовой ход, глотку, пищевод в желудок;

4) хирургу, обнаружив пальпаторно зонд в желудке, провести его дальше, в тощую кишку до необходимого уровня; по мере проведения зонда, по команде хирурга анестезиолог подтягивает мандрен целиком или по одной леске;

5) в некоторых случаях необходимость в мобилизации двенадцатиперстной кишки по Кохеру и/или выпрямлении дуоденоюнального изгиба путем рассечения связки Трейца;

6) полностью удаляют мандрен, пальпаторно проверяют правильность расположения зонда на всем протяжении (без петель, перегибов и узлов), шприцем проверяют проходимость зонда, фиксируют зонд к носовой перегородке.

Благодаря наличию мандрена зонд имеет достаточную жесткость, причем, благодаря множительной структуре мандрена, степень жест-

кости является управляемой. Наличие достаточной жесткости зонда с мандреном позволяет проталкивать его анестезиологу, а хирург лишь направляет его без подтягивания, что значительно снижает травматичность манипуляции.

**Микрогастростомия** — первый вариант (последовательность манипуляций):

1) перед восстановлением герметичности пищеварительного канала через рану его проводят стерильный зонд — вначале в дистальном направлении до необходимого уровня, а потом в проксимальном с выведением его из просвета желудка через дополнительное отверстие, расположенное не ближе 4 — 5 см от линии швов;

2) уложив зонд на переднюю стенку желудка, формируют вокруг него в проксимальном направлении узловыми швами герметичный канал длиной 2 — 3 см по Витцелю;

3) убедившись в правильном стоянии зонда, восстанавливают герметичность пищеварительного канала;

4) проводят зонд через контрапертуру в эпигастральной или левой подреберной области живота;

5) стенку желудка фиксируют 3 — 4 узловыми швами к передней стенке живота, добиваясь плотного соприкосновения стенок между собой;

6) зонд фиксируют к коже;

7) с помощью шприца проверяют проходимость зонда.

Данная методика предельно проста и не требует никаких дополнительных устройств.

**Микрогастростомия** — второй вариант (последовательность манипуляций):

1) ввести в зонд шприцем стерильное подсолнечное или вазелиновое масло;

2) провести по зонду стилет-мандрен так, чтобы его острый конец выступал из дистального конца зонда на 10 — 15 мм, и фиксировать его в таком положении винтовым зажимом, наложенным на проксимальный конец зонда;

3) переднюю стенку желудка приподнять с помощью двух держалок и между ними проколоть стилетом серозно-мышечный слой желудка;

4) наклонить зонд со стилетом-мандреном и провести его в подслизистом слое на 1 — 2 см с последующим проколом слизистой оболочки желудка и введением зонда в его просвет;

5) ассистент удерживает зонд, а хирург ослабляет зажим и подтягивает стилет-мандрен на 3 — 4 см в проксимальном направлении так, чтобы его острый конец был внутри и на 2 — 3 см вглубь от дистального конца зонда; вновь фиксируют стилет-мандрен зажимом;

6) проводят зонд в кишку до необходимого уровня, ослабляют зажим и извлекают стилет-мандрен;

7) убедившись пальпаторно в правильном расположении зонда, отсутствии его перегибов и петель, фиксируют зонд к стенке желудка кетгутовым швом;

8) проводят зонд через контрапертуру в эпигастральной или левой подреберной области живота, которую делают троакаром соответствующего (относительно диаметра зонда) размера;

9) стенку желудка фиксируют 3 — 4 узловыми швами к париетальной брюшине передней стенки живота, добиваясь плотного соприкосновения стенки желудка и париетальной брюшины (одним из швов необходимо, кроме париетальной брюшины, перехватить и заднюю стенку влагалища прямой мышцы живота);

10) зонд фиксируют к коже;

11) с помощью шприца проверяют проходимость зонда.

Использование стилета-мандрена и троакара позволяет добиться минимальной травматичности, удобной и простой техники, максимума соответствия между зондом и отверстиями в стенке желудка и живота, что обеспечивает высокую герметичность всех соединений, минимум осложнений даже при длительном стоянии зонда, а также быстрое заживление раны после извлечения зонда.

Таким образом, усовершенствование техники проведения интубации проксимального отдела пищеварительного канала позволяет внедрить энтеральное питание в хирургическую практику.

## ВЫБОР СПОСОБА ТРАНСПЛАНТАЦИИ ОСТРОВКОВЫХ КЛЕТОК ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ БОЛЬНЫМ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

А. Г. Гринцов, Н. А. Нестеров, Н. Н. Мухина, О. Л. Дорошенко  
г. Донецк

В работе поставлена задача проанализировать положительные и отрицательные стороны существующих способов трансплантации островковых клеток поджелудочной железы больным сахарным диабетом, обобщить и систематизировать полученные нами и другими авторами данные, предложить новые, более эффективные способы и методики.

С 1992 по 1995 гг. в клинике общей и факультетской хирургии 1 Донецкого медицинского университета на базе Областной клинической больницы произведено 37 трансплантаций островковых клеток поджелудочной железы 32 больным сахарным диабетом средней тяжести и тяжелой формой в возрасте от 11 до 56 лет.

У 4 пациентов имел место сахарный диабет 2 типа, у остальных — инсулинзависимая форма. Длительность заболевания от 3 месяцев до 17 лет. Среди наблюдавшихся 17 женщин и 15 мужчин, наследственная предрасположенность выявлена у 12 пациентов. У всех больных имелись явления диабетической микроангио- и полиневропатии, у 7 — ретинопатии, у 3 — нефропатии, у 26 — выраженное лабильное течение заболевания. Суточная доза вводи-

мого инсулина составляла от 28 до 84 ЕД при 3 — 5-кратном его введении, но не позволяла стабилизировать уровень гликемии, несмотря на разнообразные комбинации различных видов инсулина. У некоторых пациентов при поступлении колебания сахара в крови составляли от 3 до 30 ммоль/л в течение суток. У 16 больных отмечались явления кетоацидоза.

Содержание популяций лимфоцитов периферической крови при определении методом непрямой иммунофлюоресценции с помощью моноклональных антител к СД3, СД4, СД8, СД22 составляло соответственно  $0,3 \pm 0,06$ ;  $0,03 \pm 0,08$ ;  $0,04 \pm 0,01$ ;  $0,32 \pm 0,07$  и достоверно отличалось от регионарной нормы. Наблюдался дисбаланс в субпопуляциях СД4 и СД8. Уровень циркулирующих иммунных комплексов —  $77,2 \pm 27$  ед. опт. пл. и цитотоксичность плазмы крови —  $11,34 \pm 1,9$  минут были повышены в сравнении с регионарной нормой.

Нами разработан и успешно применен у 29 больных способ формирования капсулы для трансплантата из большого сальника, что позволяет использовать брюшину, как полупроницаемую биологическую мембрану, обеспечивая хорошую трофику трансплантата, всасывание и

отток же не нальни обход него.

П сахара постел ном з симал клето транс К и 18 1 высок ба: от вания.

СПО

В. В. г. Оде

П грыж ной > патол нальнк брюшн сти гр анато ловли тологу пласт опера нельз мости болев Одной нии д; фики чрезм приво

3 ходил скими грыжа сте от щим е водил инстр пацие сопут было ческа хронн желез У ная м полож

отток секрета непосредственно в печень, а также необходимый контроль за морфофункциональным состоянием трансплантата и при необходимости медикаментозное воздействие на него.

После операции под контролем уровня сахара крови корректировалась инсулинотерапия, постепенно снижалась суточная доза в основном за счет инсулина короткого действия. Максимальная активность культуры островковых клеток достигалась уже к 9 — 14 дню после трансплантации и удерживалась около 1,5 лет.

Контрольные обследования через 1, 3, 6, 12 и 18 месяцев после трансплантации показали высокую эффективность предложенного способа: отмечена выраженная стабилизация заболевания, нормогликемия на фоне снижения дозы

экзогенного инсулина на 40 — 60%, все пациенты переведены на однократное введение инсулина пролонгированного действия. Нормализация показателей иммунной системы наступала через 2 — 3 месяца после трансплантации и удерживалась более 1,5 лет. 5 пациентам на фоне высокой функциональной активности введенной культуры островковых клеток произведена ретрансплантация, что позволило добиться временной инсулинонезависимости и значительного улучшения состояния при нормальной концентрации инсулина в плазме крови.

Таким образом, аллотрансплантация культуры островковых клеток поджелудочной железы в капсулу из большого сальника является оптимальным способом в комплексном лечении больных сахарным диабетом.

## СПОСОБ ЛЕЧЕНИЯ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ВЕНТРАЛЬНЫХ ГРЫЖ

**В. В. Грубник, Н. Р. Баязитов, Н. Н. Беспалько, Р. С. Парфентьев**

г. Одесса

Проблема послеоперационных вентральных грыж является одной из краеугольных в брюшной хирургии. Количество пациентов с данной патологией увеличивается прямо пропорционально числу выполняемых операций на органах брюшной полости. Рубцовые изменения в области грыжевых ворот, нарушение нормальных анатомических взаимоотношений тканей обуславливают особенности лечения указанной патологии, требуют, порой, нестандартных методов пластики. Однако результаты лечения послеоперационных грыж до настоящего времени нельзя считать удовлетворительными. В зависимости от способа герниопластики, рецидив заболевания отмечается у 14,0-58,8% больных. Одной из основных причин трудностей в лечении данной патологии является нарушение трофики краев сшиваемых грыжевых ворот из-за чрезмерного натяжения. В конечном итоге это приводит к рецидиву грыжи.

За три года под нашим наблюдением находились 352 больных с обширными и гигантскими рецидивными и послеоперационными грыжами (248 женщин и 104 мужчин) в возрасте от 4 до 78 лет. Всем больным, поступающим в клинику для оперативного лечения, проводилось стандартное клинико-лабораторное и инструментальное обследование. Большинство пациентов (88,9%) имели одну или несколько сопутствующих патологий. Наиболее часто это было ожирение, спаечная болезнь, гипертоническая болезнь, хронический бронхит, эмфизема, хронический колит, аденома предстательной железы, сахарный диабет.

У 289 больных использовалась специальная методика лечения грыж, в основу которой положена идея, впервые предложенная в 1989

году американским хирургом Лихтенштейном. Суть методики заключается в том, что в область мышечно-апоневротического дефекта передней брюшной стенки вшивается специальная полипропиленовая сетка, закрывающая грыжевые ворота, без существенного натяжения тканей.

С использованием данной методики нами было прооперировано 289 больных, которые составили основную группу. Контрольную группу составляли 63 больных, им выполнялась операция пластики грыжевых ворот по общепринятой методике, за счет собственных тканей. Использовалась традиционная предоперационная подготовка, которая включала дыхательную гимнастику, назначение бронхолитиков, коррекцию сердечно-сосудистых нарушений, подготовку кишечника.

У больных основной группы, оперированных с использованием полипропиленовой сетки, в послеоперационном периоде болевой синдром, требующий введения анальгетиков, наблюдался лишь в течение первых 1,5 — 2-х суток. Пациентам разрешалось вставать на вторые сутки послеоперационного периода. Значительных респираторных и гемодинамических расстройств не отмечалось. Функция желудочно-кишечного тракта восстанавливалась через 36 — 48 часов после операции. У больных после аллопластики полипропиленовой сеткой отмечалась довольно значительная по объему и длительная по срокам экссудация из раны. Геморрагический характер отделяемого из раны на 2 — 3 сутки после операции сменялся на прозрачный экссудат, по цитологическим и биохимическим характеристикам близкий к лимфе. Экссудация из раны продолжалась 7±2 суток в объеме 90±22 мл в первые 3 — 4 суток после

операции с последующим постепенным снижением объема экссудации до  $20 \pm 5,5$  мл на 7 — 9 сутки послеоперационного периода. Нагноение, с последующим образованием лигатурных свищей, мы наблюдали только у четырех больных (1,4%). Летальных исходов не было. Рецидивы возникли у 3-х пациентов (1%), грыжевые ворота локализовались за пределами аллотрансплантата. Анализ причин рецидивов показал, что они явились следствием фиксации полипропиленовой сетки к рубцово-измененным краям апоневроза, образующим грыжевые ворота, а не к здоровым его участкам.

Послеоперационный период у контрольной группы больных сопровождался выраженным болевым синдромом, требующим введения анальгетиков, в том числе и наркотических, на протяжении первых 3 — 4 суток, в связи с чем пациенты могли вставать лишь на 4 — 5 сутки. Наблюдались также значительно более выраженные гемодинамические и респираторные расстройства, обусловленные, в основном, повышением внутрибрюшного давления. Снижение экскурсии легких, гиповентиляция являются основной причиной возникновения бронхитов, пневмоний и других респираторных осложнений

в раннем послеоперационном периоде, у многих больных наблюдался также продолжительный парез кишечника. Осложнения со стороны послеоперационной раны в виде воспалительных инфильтратов, гематом, сером, их нагноения отмечалось у 18 больных (28,6%). Умерло двое больных, послеоперационная летальность составила 3,2%. Причиной смерти в обоих случаях послужила тромбоэмболия легочной артерии. Рецидивы грыжи в течение первого года после операции возникли у 15 больных (23,8%). В течение последующих 2 лет еще у 8 больных (12,7%) возник рецидив. Общая сумма рецидивов составляет 36,5%.

Таким образом, лечение обширных и гигантских послеоперационных и рецидивных грыж остается актуальной проблемой даже для специализированных стационаров. Высокая частота рецидивов после стандартных методов герниопластики позволяет считать, что метод пластики собственными тканями исчерпал все свои возможности. Внедрение новых методов герниопластики, с использованием специальных полипропиленовых сеток, в определенной степени производит революцию в лечении обширных и гигантских грыж.

## КОМПЬЮТЕРНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ХИРУРГИЧЕСКОЙ КЛИНИКЕ: НАШ ОПЫТ

А. М. Дудин, А. Д. Шаталов, Ю. Ю. Евич, А. Е. Кузьменко  
г. Донецк

В данной статье подводятся итоги использования компьютерных технологий и техники в практической деятельности хирургической клиники, суммируются выработанные на основе обобщения нашего опыта практические рекомендации для коллектива, находящегося в начальной стадии освоения компьютерного делопроизводства, анализируются наиболее часто встречающиеся затруднения, ошибки и возможные пути их профилактики и устранения. Данное исследование базируется на опыте применения компьютера IBM 486, КМ8М, H540M в течение 4-х месяцев в делопроизводстве администрации, ведении типовой врачебной документации и научной работе сотрудников I хирургического отделения Донецкого областного клинического территориального объединения и кафедры факультетской хирургии им. К. Т. Овнатаняна Донецкого государственного медицинского университета. Для ведения документации использовался текстовый редактор Word 6.0.

Эффект от применения нововведения несомненен. Полностью с использованием компьютера было оформлено 43 истории болезни, частично (выписные эпикризы, осмотры при поступлении, дневники) — около 60, количество напечатанных протоколов операций и выписок из истории болезни — 254. Результаты этого следующие:

1. Экономия времени составила более 200%: 5 мин. вместо 15, например, трудоемкие выписки из историй болезни длительно болеющих; до 20%: 8 мин. вместо 10 (осмотр при поступлении). Достигнуты эти результаты были за счет устранения повторного протоколирования (однажды зафиксированные данные, например, осмотр при поступлении, целиком переносятся на надлежащее место в выписке, без их повторного набора), использования готовых шаблонов текстов для различных видов документов и различных нозологических форм.

2. Была обеспечена возможность корректировки готовых текстов, исправления допущенных ошибок.

3. Достигнуто дублирование информации, позволяющее при утрате тех или иных данных (вплоть до целой истории болезни) за считанные минуты (время работы принтера) восстановить все утерянное в полном объеме.

4. Значительно повышено качество оформления документации, облегчена проверка ее контролирующими должностными лицами.

5. Обеспечено соответствие научных материалов общепринятому стандарту (шрифт, интервалы, разметка страниц, подача материалов на дискетах).

6. Достигнут качественно новый уровень коррекции и распечатки крупных научных работ

(диссертаций) с учетом изменяющихся требований ВАК.

7. Повышение удобства ведения различной отчетной документации.

Эти положительные свойства во многом являются объективно обусловленными, однако не стоит забывать, что они могут проявиться лишь при активной поддержке и всемерном содействии администрации и трудового коллектива. Необходимо учитывать особую ответственность первого этапа компьютеризации делопроизводства, поскольку каждая допущенная на нем ошибка может быть истолкована окружающими как подтверждающая порочность самой идеи компьютерного способа ведения документации и привести к затруднениям в дальнейшем ее осуществлении. Поэтому мы считаем необходимым перечислить основные проблемы, с которыми предстоит столкнуться коллективу на первом этапе компьютеризации:

1. Отсутствие (или труднодоступность) специально разработанного с учетом медицинской и врачебной специфики программного обеспечения на русском и украинском языках. Так, используемый редактор Word, вполне удовлетворяя требованиям к оформлению текста, мало пригоден для структуризованного хранения информации с осуществлением ее автоматизированного поиска и выборки, стандартные же базы данных (Excel, Access) мало пригодны для распечатки медицинских текстов.

2. Преимущественно неудовлетворительный уровень компьютерной подготовки у большинства сотрудников.

3. Неприспособленность типовых медицинских формуляров (типа истории болезни) к распечатке в них информации посредством принтера.

4. Возросшие требования к качеству составления документации, обусловленные: а) составлением различных документов (выписок, протоколов, эпикризов) разными авторами, мнения которых о необходимой форме используемых шаблонов документов могут различаться; б) облегчением проверки соответствующей документации контролирующими ее должностными лицами.

Для обеспечения должного уровня знаний и практических умений сотрудников нами были проведены практические занятия в виде цикла лекций, обеспечивающего минимальный базовый уровень, позволяющий вести медицинскую документацию. Для хранения информации нами была создана группа директорий, состоящая из названий основных типов врачебных документов (протоколов, дневников, выписок, эпикризов при поступлении и выписке) внутри каждой из этих директорий — группа поддиректорий, состоящая из названий, встречающихся в отделении заболеваний. Каждый вновь создаваемый текст набирается на основе ранее разработанного аналога с отражением индивидуальных особенностей, присущих данному больному, и сохраняется в соответствующей директории. И последнее: успех любого мероприятия зависит не столько от техники, сколько от качества подготовки персонала и уровня организации процесса.

## НОВЫЙ ПОДХОД К ПРЕДУПРЕЖДЕНИЮ РЕЦИДИВНОГО СПАЙКООБРАЗОВАНИЯ В ХИРУРГИИ ОСТРОЙ ФАЗЫ СПАЕЧНОЙ БОЛЕЗНИ БРЮШИНЫ

**В. Т. Зайцев**, В. П. Беленький  
г. Харьков

Проблема предупреждения рецидивного спайкообразования в острой фазе спаечной болезни брюшины сохраняет актуальность на протяжении многих лет. В последние годы получены новые результаты о механизмах спайкообразования, разработаны новые препараты, однако они не нашли отражения в использовании при выборе лечебной тактики и предупреждении рецидивов заболевания. В связи с этим нами определена цель работы — разработать новый подход к предупреждению рецидивного спайкообразования в хирургическом лечении больных со спаечной болезнью брюшины в острой фазе.

Нами изучены результаты лечения 74 больных со спаечной болезнью брюшины в острой фазе, поступивших в клинику Харьковско-го НИИ общей и неотложной хирургии с ост-

рой спаечной кишечной непроходимостью. Все пациенты оперированы с применением традиционных методов хирургического лечения: рассечением спаек и интубацией кишечника. Пациенты в возрасте от 17 до 62 лет по полу распределены следующим образом: мужчин — 52, женщин — 11.

Комплексное обследование пациентов включало исследование иммунологического статуса, микроскопическое исследование спаек, электронно-микроскопическое исследование лимфоцитов крови, физико-химическое, цитологическое и микробиологическое исследование экссудата брюшной полости. Проведенные исследования позволили конкретизировать механизмы образования спаек в брюшной полости. Нами процесс спайкообразования условно разделен в соответствии с классификацией Симо-

няна К. С. Стадия образования рыхлых сращений, стадия уплотнения сращений, стадия васкуляризации спаек и стадия иннервации спаек брюшной полости. Вместе с тем, данное разделение не позволяло эффективно предупреждать рецидивное спайкообразование после рассечения спаек в стадиях плотных сращений. Нами разработана методика прогнозирования рецидивного спайкообразования, основанная на оценке факторов риска в стадии рыхлых сращений. Условно стадия рыхлых сращений брюшной полости нами разделена на фазу активации механизмов спайкообразования; фазу образования коллагеновых волокон; фазу реактивации (остаточного) спайкообразования. В фазе активации механизмов спайкообразования определена ведущая роль следующих факторов: первичное повреждение брюшного покрова, гиперактивность организма, повышенная адгезивность перитонеального экссудата, а также инфицированность перитонеального экссудата. Как показали наши исследования, исключение одного из этих факторов риска спайкообразования, не позволяет эффективно предупреждать развитие новых спаек, что потребовало комплексного подхода к выбору лечебных мероприятий. В частности, уменьшение травматичности рассечения спаек и последующих манипуляций достигалось добавлением в раствор для лаважа охлажденных местных анестетиков, устранение повышенной реактивности организма достигалось назначением иммуномодуляторов и супрессоров иммунного ответа, снижение адгезивности перитонеального экссудата достигалось применением ингибиторов поверхностно-активных веществ (в наших исследованиях — натрия гидрокарбоната), устранение инфицирования достигалось использованием известных и разработанных нами методов антисептики. Учитывая приведенные данные, разработана лекарственная композиция № 1 для предупреждения спайкообразования. Ее применение осуществлено как базовый метод предупреждения спайкообразования у всех больных, оперированных по поводу спаечной болезни. Вместе с тем, в зависимости от количественных изменений

предрасполагающих факторов, а также от степени нарушения изученного нами интегрального показателя состояния иммунитета (электронно-микроскопических характеристик лимфоцитов крови больных) больные разделены в соответствии со степенью риска спайкообразования. Невысокий риск определен нами у больных с отклонениями указанных показателей не более чем на 20% от нормы; значительный риск определяли при значениях показателей с отклонениями от нормы в пределах 20 — 85%; при отклонениях от нормы более чем 85% — прогнозировали чрезвычайно высокий риск спайкообразования.

У больных с невысоким риском спайкообразования применяли только разработанную нами методику лаважа брюшной полости (46 наблюдений). При значительном риске спайкообразования в дополнение к лаважу брюшной полости разработанной композицией применяли парентеральное введение сандостатина в послеоперационном периоде. У больных с чрезвычайно высоким риском спайкообразования применяли лаваж брюшной полости в сочетании с парентеральным введением сандостатина и рентгентерапией в раннем послеоперационном периоде (12 наблюдений).

Группу сравнения составило 65 больных, у которых применяли только традиционный подход к лечению и методы предупреждения рецидивов спаечной болезни. Рецидив спайкообразования в группе сравнения составил 47,7% (31 больной), в том числе у 12 больных (18,5%) потребовал выполнения повторных оперативных вмешательств. В основной группе больных, получавших разработанное лечение, рецидив спайкообразования развился у 24 больных (32,4%), повторные оперативные вмешательства на протяжении 5 лет после операции выполнены у 4 больных (5,4%).

Таким образом, применение предложенного нового подхода к лечению больных со спаечной болезнью в острой фазе с учетом прогнозирования рецидивного спайкообразования позволяет оптимизировать результаты лечения этой категории больных и требует широкого практического внедрения.

## ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С ГНОЙНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ: НОВЫЙ ПУТЬ РЕШЕНИЯ ПРОБЛЕМЫ

**В. Т. Зайцев**, А. Я. Цыганенко, В. В. Бойко, В. В. Минухин, К. Ю. Пархоменко, А. В. Гордиенко, В. С. Хацкилевич  
г. Харьков

Гнойные заболевания относятся к наиболее распространенным в повседневной хирургической практике, сопровождаются большим числом неблагоприятных исходов лечения ввиду неэффективности традиционной антибактериальной терапии, повышения аллергизации

населения и наличием побочных эффектов при использовании традиционных антисептиков. В связи с этим проводятся широкомасштабные научно-практические исследования, направленные на создание более эффективных методов антисептики, лишенных побочных неблагоприят-

ных эффектов. В большей мере заслуживают внимания методы немедикаментозной антисептики, применяемой в хирургии, однако такие из них как ультрафиолетовое облучение, гамма-облучение не всегда применимы к живым системам и тканям.

В Харьковском государственном медицинском университете (кафедра госпитальной хирургии и кафедра микробиологии, вирусологии и иммунологии) разработан новый способ прижизненной для биологических тканей антисептики, названный в процессе клинического внедрения как фотомодифицированный лаваж биологических объектов. Методика основана на биологически детерминированной окраске микроорганизмов одним из красителей (метиленовой синькой, бриллиантовой зеленью, микрофуксином, эозином и т. д.) с последующим облучением инфицированной поверхности электромагнитным излучением с длинной волны, совпадающей со спектром поглощения того или иного красителя. В результате активации красителя, поглощенного микроорганизмами, происходит активация тканевого и внутриклеточного кислорода с переходом его в активную форму — синглетный кислород и последующим разрушением мембран микроорганизмов лизосомальными ферментами.

Разработка данной технологии проведена в двух аспектах: экспериментальном и клиническом. Эксперимент выполнен с использованием микробиологических исследований и спектрального анализа используемых в хирургической практике красителей. Микробиологически из инфицированных тканей у больных с гнойными заболеваниями мягких тканей, брюшной полости, грудной полости выделены наиболее часто встречающиеся микроорганизмы до и в процессе применения методики фотомодифицированного лаважа инфицированных тканей. При помощи спектрального анализа установлены спектры поглощения традиционных красителей, применяемых в хирургии. Наиболее предпочтительным веществом для фотомодифицированного лаважа явилась метиленовая синька со спектром поглощения 660 нМ. В качестве

генератора излучения применяли обычную лампу накаливания от 60 до 100 Вт, имеющую в спектре и данную длину волны.

Клинически метод фотомодифицированного лаважа гнойных полостей и инфицированных тканей применен у 26 больных с перитонитом, у 17 больных с гнойным холангитом, у 12 больных с гнойными ранами. В каждом конкретном случае методика адаптировалась с учетом конкретной клинической ситуации. В частности, при лечении больных с гнойным холангитом применено хирургическое дренирование желчных протоков с последующим интрахоledoхеальным введением метиленовой синьки и световода непосредственно в желчные протоки с последующей интрахоledoхеальной инсоляцией лазерным излучением с длиной волны 628 нМ. Другие источники красного света для этой технологии оказались малоприемлемыми, в связи с чем в качестве генератора излучения применяли гелий-неоновый лазер. У пациентов с перитонитами, которых оперировали с выполнением широкого доступа к операционному полю, предпочтение отдавали лампе накаливания — как оптимальному генератору электромагнитных излучений и интраоперационному облучению операционного поля. При локальных гнойниках применяли методику пролонгированного фотомодифицированного лаважа, суть которого состояла в дренировании его полости и введении по дренажу световодов и облучении полости гнойника лазерным излучением в красной части спектра.

Для лечения гнойных ран и инфицированных поверхностей целесообразно применение наружной обработки красителями и облучения видимым светом, содержащим красную часть спектра, либо монохроматическим красным светом мощностью от 60 до 100 Вт.

Таким образом, полученные результаты при верификации антибактериальной активности предложенной методики свидетельствуют о необходимости широкого внедрения разработанной методики в клинической практике и накоплении опыта в данном направлении с обсуждением результатов различными хирургическими коллективами.

## **ИЗУЧЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛИПОСОМНЫХ ПРЕПАРАТОВ НА МОДЕЛИ ОСТРОГО РАЗЛИТОГО ГНОЙНОГО ПЕРИТОНИТА ПРИ ПОМОЩИ МЕТОДА ЛАЗЕРНОЙ КОРРЕЛЯЦИОННОЙ СПЕКТРОСКОПИИ (ЛКС)**

**А. Г. Попов, Е. Л. Кошельник, Д. Ю. Андронов**  
г. Одесса

Перитонит — одно из частых и тяжелых осложнений хирургических заболеваний органов брюшной полости с высоким процентом летальности. Однако на сегодняшний день клинические исследования не позволяют проследить все этапы развития данного патологического процесса.

Этого можно добиться только на общепринятой классической экспериментальной модели разлитого перитонита. Кроме того, актуальность данной патологии побуждает к разработке новых тактических подходов к ее лечению, что предполагает этап экспериментальной апробации.

Целью настоящей работы явилось изучение эффективности липина при разлитом перитоните у крыс по данным лазерной корреляционной спектроскопии (ЛКС).

Объектом исследования служила плазма венозной крови из хвостовой вены крыс. В эксперименте было задействовано 50 крыс линии Вистар, из которых были сформированы три следующие группы: 1) интактные крысы (контрольная группа № 1) — 10 крыс; 2) крысы с нелеченным перитонитом (контрольная группа № 2) — 20 крыс; 3) крысы с воспроизведенным перитонитом при внутрибрюшинном введении липина (основная группа) — 20 крыс. Модель острого перитонита воспроизводилась последовательным введением 30% вазелиново-скипидарной эмульсии и 10% каловой взвеси по 1 мл на 100 г массы животного. После воспроизведения перитонита в контрольной группе № 2 животным через каждые 12 часов внутрибрюшинно вводили липин по 50 мг/кг веса. Исследование субфракционного состава плазмы крыс проводилось с периодичностью 12 часов в течение 3 суток (учитывая «трехсуточный критерий летальности» при перитоните) при помощи метода ЛКС.

Лазерная корреляционная спектроскопия — это современный биофизический метод исследования, в основе которого лежит изучение измененных спектральных характеристик монохроматического когерентного излучения в результате рассеяния его при прохождении через дисперсную нативную систему. Взаимодействие излучения с биологически активными ингредиентами плазмы изменяет его спектр, причем форма линий спектра характеризует дисперсный состав систем различной природы, содержащих частицы в диапазоне размеров от 1 до 10000 нм. Таким образом, субфракционный состав исследуемой нативной плазмы представляется в виде спектра, вид которого зависит от содержания в ней как нормальных, так и патологических ингредиентов, образующихся как результат патологического процесса.

Для объективизации степени дифференциации групп спектров, объединенных какими-либо общими клиническими признаками, была использована программа «Классификатор», входящая в комплект поставки прибора. Эта программа, заложенная в ЭВМ, позволяет провести многопараметровую обработку спектров, после которой каждая гистограмма проецируется на плоскость в виде точки, а группа гистограмм, объединенных общим признаком, представляется в виде зон дисперсии, ограниченных эллипсами в пределах доверительного интервала  $2\sigma$ .

Для каждой из сформированных групп была выведена усредненная гистограмма, характеризующая субфракционный состав плазмы при данной форме и стадии течения процесса.

В контрольной группе № 2 уже через 12 час. с момента воспроизведения перитонита спектры в 75% случаев дифференцировались от спектров контрольной группы № 1. На эта-

пах 24, 36, 48 и 60 часов на основе данных ЛКС была получена 100% дифференциация состава плазмы как от контрольной группы № 1, так и между собой. По истечении 72 часов в контрольной группе № 2 появилась незначительная (20%) область перекрытия с зоной дисперсии спектров из контрольной группы № 1.

В основной группе на всех этапах исследования за исключением 72 часов область перекрытия спектров при сопоставлении с контрольной группой № 2 на соответствующих этапах отсутствовала, что свидетельствует о 100% дифференциации спектров сравниваемых групп. Через 72 часа с момента инициации перитонита в основной группе в 15% случаев спектры были аналогичны таковым в контрольной группе № 2 и в 55% — аналогичны спектрам из контрольной группы № 1. В основной группе дифференциация между спектрами в зависимости от этапа исследования оказалась неудовлетворительной. При сопоставлении данной группы с контрольной группой № 1 к 12 часам после воспроизведения перитонита спектры дифференцировались лишь в 60% случаев и лишь к 24 часам дифференциация спектров из сравниваемых групп достигала 80%, а уже к 48 часам в 20% спектры были аналогичны, а на этапе 60 час. область перекрытия между зонами дисперсии данных групп достигала 45%.

Таким образом можно сделать следующие выводы:

1. Метод ЛКС дает возможность уже на этапе 12 час. регистрировать изменения субфракционного состава плазмы, связанные с процессом развития перитонита и на основании сопоставления со спектрами интактных животных дифференцировать указанные группы в 75% случаев.

2. В группе животных с нелеченным перитонитом метод ЛКС позволяет дифференцировать стадии патологического процесса с интервалом в 12 час. с минимальной степенью дифференциации в 75%.

3. В группе животных с перитонитом на фоне липина дифференциация спектров при сопоставлении со спектрами интактных животных достигает удовлетворительного уровня только к 24 час. Это может свидетельствовать, что при введении липина развитие ранней стадии разлитого перитонита, вызывающего специфические нарушения субфракционного состава, отсрочено до 24 час.

4. Уже к 48 час. в группе с липином в 20% случаев спектры плазмы крыс оказываются аналогичными спектрам интактных животных, а к 72 час. дифференциация сравниваемых групп становится неудовлетворительной, т. е. субфракционный состав плазмы восстанавливается до вида интактных животных.

5. Отсутствие дифференциации стадий перитонита при введении липина свидетельствует о стертости течения патологического процесса на фоне введения данного препарата.



## НОВЫЕ АСПЕКТЫ ИНТЕНСИВНОЙ ДЕТОКСИКАЦИОННОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ СЕПСИСОМ

В. А. Сипливый, С. В. Гринченко, Г. И. Дуденко, А. Г. Гузь, А. Г. Петюнин  
г. Харьков

Лечение сепсиса до настоящего времени остается одной из сложных проблем. Частота случаев возникновения сепсиса и его осложнений не снижается, несмотря на применение новых лекарственных средств, что заставляет искать и внедрять новые методики лечения с учетом патофизиологических процессов.

Под нашим наблюдением находилось на лечении 90 больных с острым сепсисом различной этиологии. Причинами хирургического сепсиса явились: у 10 больных — перитонит, у 2 — нагноение ран, у 2 — холецистит, у 3 — фурункулез, у 4 — рожистое воспаление, у 2 — постинъекционный абсцесс на фоне сахарного диабета, у 2 — остеомиелит. Причинами терапевтического сепсиса явились: острая пневмония — у 8 больных, поливалентная аллергия на фоне иммунодефицита — у 4 больных, бронхиальная астма — у 5 больных, ОРЗ — у 8 больных. Причинами гинекологического сепсиса явились: роды — у 1 больного, искусственное прерывание беременности — у 5 больных, эндометрит — у 1 больного. Причинами стоматологического сепсиса явилась экстирпация зубов у 4 больных. Причинами ЛОР-сепсиса явились: хронический тонзиллит — у 2 больных, фолликулярная ангина — у 4 больных. Сепсис вследствие наркомании наблюдался у 15 больных, урологический сепсис — у 8 больных, криптогенный сепсис — у 12 больных, сепсис после инфекционных болезней (менингит) — у 1 больного.

При поступлении в стационар больных с острым сепсисом проводилось всестороннее обследование, которое включало в себя: клинико-лабораторные методы, исследование крови на стерильность, исследование иммунного статуса организма, определение флоры первичных и метастатических очагов. Первичные и метастатические гнойные очаги подвергались тщательной хирургической обработке.

У больных с острым сепсисом при поступлении в клинику отмечались: лейкоцитоз, сдвиг лейкоцитарной формулы влево (у 80% больных), лейкоцитарный индекс интоксикации (ЛИИ) > 1,5 (100% больных), явления печеночно-почечной недостаточности (60% больных), гепатолиенальный синдром (80%), гипопропротеинемия, токсические изменения в моче.

У 92% больных из крови высевалась различная флора: *st. epidermallis* — 62%, *st. aureus* — 28%, *E. coli* — 4%, *pneumococcus* — 4%, *candida* — 2%. У 8% больных выделить флору из крови не удалось.

В основу консервативного лечения входили антибактериальная, иммуностимулирующая,

инфузионная, дезинтоксикационная, антикоагуляционная, гормональная (в ряде случаев) и витаминотерапия.

Традиционный метод лечения применен у 24 больных с острым сепсисом. Этот метод включал в себя использование антибактериальных препаратов, подобранных по результатам исследования чувствительности микроорганизмов к антибиотикам. Антибактериальные препараты вводились внутривенно, внутримышечно, внутриартериально и эндолимфатически. Для профилактики грибковых осложнений назначались противогрибковые препараты. С целью иммуностимуляции применялись аутовакцины,  $\gamma$ -глобулин, антистафилококковая гипериммунная плазма, а так же Т-активин, тимолин, метилурацил и др. препараты.

Несмотря на проводимое лечение, в данной группе умерло 12 больных (50%). При анализе иммунограмм умерших больных выявилось, что проводимая терапия не привела к увеличению активности фагоцитоза, росту Т-лимфоцитов, Ig M и G, снижению количества циркулирующих иммунных комплексов (ЦИК). Основной клинико-морфологической причиной смерти явились метастатическая пневмония, печеночно-почечная и сердечно-сосудистая недостаточность.

Вторую группу составляли больные, в лечении которых применялись эфферентные методы детоксикации и иммунокоррекции (гемосорбция, плазмоферез, подключение криоконсервированных гепатоцитов и срезов селезенки), на фоне традиционного лечения.

К выбору метода детоксикации подходили индивидуально. Так, плазмоферез назначали больным с повышенным содержанием ЦИК, Т-супрессоров при ЛИИ > 1,5, у больных с умеренной анемией и гипопропротеинемией. Гемосорбцию применяли у больных с клиникой печеночно-почечной недостаточности при высоких показателях билирубина, креатинина, мочевины.

При нарастании в крови продуктов метаболизма (аммиака, конъюгированного билирубина, жирных кислот, стероидов, индола, скатола и других) мы подключали криоконсервированные гепатоциты. Экстракорпоральное подключение криоконсервированных срезов селезенки применяли при бактериемии, а также при выраженных изменениях в иммунной системе, снижении активности фагоцитоза, Т-хелперов и иммуноглобулинов.

Из 66 больных 2 группы умерло 15 (22,7%). Причиной смерти у данных больных явилась полиорганная недостаточность на фоне иммунодефицита.

Положительный эффект отмечен у 51 (77,3%) больного, однако, учитывая, что острый сепсис приводит к полиорганной недостаточности, эфферентные методы детоксикации приходилось комбинировать. Чаще всего комбинировались плазмоферез с криоконсервированными гепатоцитами (35%).

Таким образом, применяя в комплексном решении эфферентные методы детоксикации, мы добиваемся более быстрого выведения токсинов из организма, снижаем количество циркулирую-

щих иммунных комплексов, улучшаем реологические свойства крови, тем самым повышается лечебный эффект от применения химиотерапевтических средств. Эфферентные методы детоксикации выполняют роль «искусственного фильтра», снижая нагрузку на уже втянувшиеся в патологический процесс печень, почки, легкие и другие органы и системы. Мы считаем, что при выявлении у больных клиники сепсиса, эфферентные методы должны включаться в план лечения с целью иммунокоррекции и детоксикации.

## ЗНАЧЕНИЕ НОВЫХ ХИРУРГИЧЕСКИХ ТЕХНОЛОГИЙ В ЛЕЧЕНИИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА

**В. И. Смержевский**

г. Киев

Высокая частота послеоперационных тромбозов шунтов к коронарным артериям и значительный удельный вес возвратной стенокардии (до одного месяца — 31,4% и до 1 года — 34,3%, по данным Б. Г. Алекияна и соавторов, 1998 г.) диктуют проблему анализа, разработки и применения принципов прецизионной техники при аортокоронарном шунтировании и интраоперационной баллонной дилатации пораженных дистальных отделов коронарных артерий.

Проведен анализ результатов операций 23 пациентам, которым выполнено аортокоронарное шунтирование по обычной методике обвивным швом и 17 — у которых использовали очки-лупу с увеличением до 4-х крат, микрохирургическую технику и специальный шовный материал. Всего с применением принципов микрохирургии наложено 48 шунтов. В среднем на одного больного приходилось 2,5 шунта.

От обычного АКШ операция отличается тем, что формирование устьев проксимальных анастомозов осуществляли при помощи специального выкусывателя стенки аорты, а анастомозы накладывали под увеличением, используя микрохирургические иглодержатель и пинцеты и монофилamentную нить в 5 — 6/0. На сердце артерию не выделяли из эпикарда, а рассекали его над ней и выполняли продольную артериотомию микроножничками на длину до 5 — 8 мм. Дистальные анастомозы накладывали, используя оптическое увеличение, микроинструментарий и шовный материал 7 — 8/0. Накладывали по три узловых шва на «пятке» и «носке» анастомоза, а боковые стенки сшивали обвивными швами. В послеоперационном периоде в сроки до 1 года всем больным выполняли контрольную коронарографию, результаты которой сравнивали с результатами у 23 пациентов контрольной группы. Из 48 шунтов, наложенных с оптическим увеличением и микрохирургической техникой, закрытых было 5, стенозировано — 8, что на 19,1% и 25,4% соответственно меньше контрольной группы.

Множественные последовательные стенозы основных коронарных артерий служили показанием для интраоперационной баллонной дилатации ибо при таком поражении диктует необходимость наложение 6 — 8 шунтов, тогда как применение дилатации позволяло ограничиться 2 — 4 шунтами к основным артериям. При этом сокращалось время проведения искусственного кровообращения, что положительно сказывалось на состоянии миокарда. Техническая сторона операции заключалась в следующем. После продольной артериотомии коронарной артерии до 10 мм в дистальный отдел сосуда вводился специальный двухпросветный зонд-дилататор диаметром до 2,0 — 2,5 мм и длиной баллона до 2 см. Зонд устанавливался на месте стеноза, после чего специальным силовым шприцем в баллоне создавалось давление порядка 5-ти атмосфер. Экспозиция не превышала 60 с., что было достаточным для полного расширения зоны стеноза. В одном случае, при подозрении на диссекцию был установлен стент. На место артериотомии накладывался дистальный анастомоз с шунтом из вены. В среднем на одного больного приходилось по 2,7 шунта и 2,1 дилатации.

Сравнивая результаты аортокоронарного шунтирования по обычной методике (163 операции) и АКШ в сочетании с интраоперационной баллонной дилатацией, необходимо отметить следующее. Множественное шунтирование в сочетании с дилатацией позволяет на 24,3% улучшить результаты операции, добиться хорошего клинического состояния в послеоперационном периоде у 87,6% пациентов.

Таким образом, оптимизация техники наложения коронарных анастомозов позволяет уменьшить частоту послеоперационных тромбозов шунтов и улучшить результаты лечения больных ишемической болезнью сердца.

## ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЕ ОБОСНОВАНИЕ ЦЕЛЕСОБРАЗНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ СЕРТОНИН-АДИПИНАТА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ

**О. Ч. Хаджиев**

г. Харьков

Задачей исследования являлось моделирование в эксперименте стрессовой язвы у крыс и изучение влияния серотонина-адипината на заживление ее. Работа проводилась на 90 белых крысах самцах весом 180 — 200 г. Животных разделяли на три группы. Первую группу составили 30 крыс, у которых вызывалась экспериментальная язва, с последующим микроскопическим изучением состояния слизистой желудка. С помощью гистологического и гистохимического исследования изучили клеточный состав и состояние микроциркуляции в зоне язвы, вне зоны язвы, определяли уровень биогенных аминов в стенке желудка, в зоне язвы, а также в обогащенной плазме. Вторую группу составили 30 аналогичных крыс. Животным этой группы после моделирования стрессовой язвы вводили серотонин-адипинат внутримышечно из расчета 4 мг/кг 2 раза в сутки. В третью группу эксперимента также входило 30 крыс, которым перед воздействием стрессового фактора вводился серотонин-адипинат из того же расчета, что и животным второй группы. Все животные содержались в одинаковых условиях с доступом к воде и двукратным суточным кормлением. Крысы из эксперимента выводились на 1-е, 3-и, 7-е, 14-е и 21-е сутки мгновенной декапитацией. Извлекался желудок, забиралась кровь для изучения биогенных аминов.

Контрольную группу составили 6 здоровых крыс той же массы. У животных контрольной группы изучали клеточный состав, состояние

микроциркуляции и уровень биогенных аминов в стенке желудка, а также в обогащенной плазме. Полученные результаты подвергались статистической обработке с определением достоверности по шкале Стьюдента.

Анализ полученных результатов исследования свидетельствует, что следствием моделирования стрессовой язвы являются множественные эрозии слизистой оболочки желудка. Гистологическое и гистохимическое исследования отмечают также выраженные дегенеративно-воспалительные изменения в ней, причем наступившие изменения сохраняются до истечения эксперимента. Введение серотонин-адипината проявляется отчетливым улучшением изучаемых параметров, а предварительное введение препарата не только ускоряет течение репаративных процессов в стенке желудка, но и уменьшает размеры и количество эрозий.

Таким образом, проведенная экспериментальная работа показала, что введение серотонин-адипината способствует нормализации клеточного состава восстановительного эпителия, снижению воспалительного процесса, улучшению состояния микроциркуляции и уменьшению внутрисосудистой агрегации эритроцитов, что в целом ускоряет репаративные процессы в экспериментальной стрессовой язве и может быть использовано в комплексном хирургическом лечении язвенной болезни в послеоперационном периоде в клинических условиях.

## ПОСТАВАТОМИЧЕСКИЙ ГАСТРОСТАЗ КАК ПРОЯВЛЕНИЕ СЕРТОНИНОВОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

**А. И. Ягнюк**

г. Харьков

Применение различного вида ваготомии остается ведущим методом хирургического лечения гастродуоденальной язвы, хотя отношение к этому типу операций неоднозначное, ввиду довольно значительного процента поставаготомических расстройств, возникающих как в ранние, так и в поздние сроки после вмешательства. К наиболее важным поставаготомическим расстройствам наряду с демпинг-синдромом, диареей, дисфагией относится и гастростаз. Это нарушение моторики и опорожнения желудка встречается у 3,0 — 23,3% больных, перенесших ваготомию различной модификации. В последнее время опубликованы данные о связи послеоперационных моторно-эвакуаторных

нарушений деятельности желудочно-кишечного тракта (в т. ч. ваготомированного желудка) с серотониновой недостаточностью, а также об успешной коррекции этих нарушений внутривенным введением серотонина адипината. Нами было проведено экспериментальное исследование для уточнения характера нарушений серотонинового обмена после ваготомии. Оно включало в себя изучение динамики концентраций гистамина и серотонина в крови и тканях желудка животных, перенесших стволовую ваготомию как на интактном желудке, так и после моделирования стрессорной язвы. В послеоперационном периоде в исследуемом материале было зафиксировано наличие серотонинового

дефицита и снижение индекса серотонин-гистамин. Введение внутримышечно экзогенного серотонина вызывало повышение концентрации этого моноамина в крови и в тканях желудка, снижение содержания гистамина и увеличение серотонин-гистаминового индекса. Эти данные позволяют предположить, что коррекция серотониновой недостаточности внутримышечным введением серотонина должна приводить к усилению сократительной активности гладкой мускулатуры желудка при его парасимпатической денервации. В связи с этим проведено клиническое исследование по изучению влияния серотонина адипината при внутримышечном его введении на моторно-эвакуаторную функцию ваготомированного желудка.

Под нашим наблюдением находились 17 больных с язвенной болезнью 12-перстной кишки, 16 мужчин и 1 женщина в возрасте от 25 до 53 лет. 15-ти из них была произведена селективно-проксимальная ваготомия с иссечением язвы, 2-м — стволовая ваготомия, иссечение язвы с пилоропластикой по Гейнике-Микуличу. Моторную и эвакуаторную функцию желудка до и после операции исследовали методом многоканальной электрогастроэнтерографии и рентгенологически. Со 2 — 3-х суток после операции больным вводился серотонин адипинат в дозе 20 мг/сут. (в два приема через 12 часов). Длительность введения серотонина зависела от эффективности лечебно-профилактических мероприятий, направленных на ликвидацию моторно-эвакуаторных нарушений желудка.

Анализ электрогастрограмм показал, что у всех больных после операции они носили гипокINETический характер, с угнетением биоэлектрической активности желудка по сравнению с дооперационными показателями. Наиболее выражены эти изменения были у 4 больных с клиническими проявлениями гастростаза: чувство тяжести в эпигастрии, тошнота, отрыжка, срыгивание, рентгенологически определялась задержка эвакуации бария до 3,5 — 8 часов. После введения серотонина адипината были отмечены изменения амплитудно-частотной характеристики электрогастрограмм, выразившиеся в увеличении амплитуды и частоты биопотенциалов. У больных с клинически значимыми проявлениями гастростаза отмечено сглаживание симптоматики, вплоть до ее полного исчезновения. Рентгенологически к 5 — 6 суткам послеоперационного периода эвакуация бария достоверно ускорилась. Введение препарата не сопровождалось какими-либо осложнениями со стороны внутренних органов и систем.

Таким образом, основываясь на полученных результатах и данных литературы, одной из главных причин возникновения постваготомического гастростаза можно считать серотониновую недостаточность, возникающую при парасимпатической денервации желудка и рекомендовать внутримышечное введение серотонина адипината с целью восстановления двигательной активности ваготомированного желудка.

ПРО

ТЕСТЫ  
ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНАЯ  
АКАДЕМИЯВ. Я. Е.  
г. Киев

Успешно  
цинского  
ствования  
систем  
содержит  
совершил  
дачи ре  
ных пла  
сравнит  
стоятел  
препода  
ного и  
ные экз  
тация),  
дов и т  
связи з  
процесс  
рациона  
грамми  
пристал  
Вм  
ного об  
чие с п  
ческой  
препода  
тию кли  
шателя  
ды с бо  
тивного  
разить в  
ках. Зад  
шателей  
точно п  
может б  
компьют  
высшей  
ния, в ц  
педагог  
Пре  
военной  
ской ака  
летней  
других а  
компьют  
го элеме  
дарствен  
ютера я  
и непре  
экзамен  
оценки у

**ПРОБЛЕМЫ ПОДГОТОВКИ СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКИХ ВУЗОВ****ТЕСТОВЫЙ КОНТРОЛЬ В ОЦЕНКЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ПОДГОТОВКИ ИНТЕРНОВ-ХИРУРГОВ В УКРАИНСКОЙ ВОЕННО-МЕДИЦИНСКОЙ АКАДЕМИИ**

**В. Я. Белый, Ф. И. Панов, П. К. Разумный**  
г. Киев

Успешная реформа высшего военно-медицинского образования предполагает совершенствование всех составляющих педагогической системы: постановки цели обучения, отбора содержания, улучшения условий преподавания, совершенствования методов обучения. Эти задачи реализуются через введение новых учебных планов и программ, совершенствование сравнительно новой формы обучения — самостоятельной работы слушателей под контролем преподавателя, реализации новых форм рубежного и итогового контроля (междисциплинарные экзамены, итоговая государственная аттестация), широкого использования активных методов и технических средств обучения. В этой связи за последние годы внедрению в учебный процесс технических средств обучения, а также рациональному использованию методов программированного контроля уделяется самое пристальное внимание.

Вместе с тем, «технизация» последипломного обучения слушателей входит в противоречие с приверженностью отечественной хирургической школы к клинической направленности преподавания. Приоритет в нем отдается развитию клинического мышления, приобщению слушателя к искусству диагностики на основе беседы с больным, функциональных методов объективного обследования, что не всегда можно выразить в строгих количественных характеристиках. Задача объективизации оценки знаний слушателей при сертификации по хирургии достаточно полно и с уменьшением субъективности может быть решена только с помощью тестовой компьютерной программы. Опыт, накопленный в высшей школе, несмотря на некоторые возражения, в целом получает поддержку у большинства педагогов и успешно распространяется.

Преподавательский коллектив кафедры военной хирургии Украинской военно-медицинской академии для интернов-хирургов с трехлетней подготовкой разделяет точку зрения других авторов о целесообразности включения компьютерного тестирования как обязательного элемента аттестации, предшествующей государственному экзамену. Использование компьютера является не только модным веянием, но и непредвзято оценивающим, требовательным экзаменатором. Однако определение итоговой оценки у выпускника только на основе резуль-

татов компьютерного тестирования нам кажется некорректным, т. к. не во всех случаях слушатель, обладающий хорошей памятью и энциклопедическими знаниями, сможет хорошо работать хирургом.

Известно, что хирургия — это искусство клинического мышления и искусство рукоделия. Достижение совершенства в идеальном сочетании этих слагаемых является трудной, но вполне выполнимой задачей, которая становится таковой только на этапе последипломного образования, поскольку в период вузовской подготовки практически нереальным является овладение студентом хирургическим мастерством (искусством рукоделия).

Необходимо заметить, что в хирургии, в отличие от многих точных наук, не все качества специалиста могут быть строго тестированы. С нашей точки зрения, всегда ведущими будут уровень развития у слушателя-хирурга клинического мышления, умение работать с больным в операционной, владение мануальными навыками, т. е. все то, что пока невозможно выявить с помощью компьютера и без чего нельзя, по мнению академика Ф. Г. Углова, «стать хорошим хирургом».

В связи с этим мы считаем, что для интегральной оценки знаний слушателей-хирургов по специальности тестовый контроль может рассматриваться как обязательный элемент аттестации, который должен предшествовать ответам по рутинным билетам и собеседованию по ситуационным задачам. Именно при решении последних предоставляется оптимальная возможность оценить широту клинического мышления слушателя-хирурга, его логику и умение использовать знания смежных дисциплин.

Полученный нами пятилетний опыт подтверждает мнение других авторов о перспективности внедрения компьютера в педагогический процесс подготовки хирургов и оценки их профессионального мастерства. Считаем целесообразным и обязательным внедрение компьютерного образования для слушателей и преподавателей в академии, как обязательного элемента их подготовки. С другой стороны, тестовый контроль позволяет выделить наиболее подготовленных и знающих слушателей, а также выяснить круг вопросов, которые слушатели знают слабо, и внести коррекцию в программу обучения.

## ПРОБЛЕМИ ПІДГОТОВКИ ІНТЕРНІВ З ФАХУ ХІРУРГІЯ

Я. С. Березницький, І. В. Перець, В. В. Гапонов, Г. Г. Кабак, О. В. Семашко,  
В. П. Сулима, В. П. Кришень, М. М. Шуляренко, Л. В. Барковська  
м. Дніпропетровськ

Питання підвищення якості підготовки інтернів постійно знаходиться в полі зору вищих учбових закладів. Одним із важливих розділів підготовки являється оволодіння своєчасним виявленням оцінки невідкладних станів хворих та надання екстреної медичної допомоги. Для цього необхідно мати достатньо високий рівень професійного мислення, щоб за декілька хвилин розібратися в діагнозі, особливо коли під рукою немає навіть простої діагностичної апаратури. В зв'язку з цим потрібно мати глибокі знання диференційної діагностики, а також вміння орієнтуватися в скаргах і об'єктивних симптомах захворювання, так як невідкладна хірургія являється вершиною лікарської майстерності.

Наш досвід післядипломної підготовки лікарів-інтернів з хірургії свідчить, що існуючі типові учбові плани та програми спеціалізації випускників вищих учбових закладів потребують обговорення з метою для можливої їх перебудови, в зв'язку з тим, що програма перенасичена мікроциклами короткого терміну. Наприклад: анестезіологія та реанімація — 24 години, травматологія — 18, опіки — 12, урологія — 18. Це не дає можливості достатньо оволодіти практичними навичками з цих дисциплін та носить лише екскурсивний характер. Тим більше, що з патологією мікроциклів інтерни щоденно зустрічаються в хірургічних відділеннях на базах стажування кафедри, де вирішуються питання діагностики та хірургічної тактики. Відрідження інтернів на вказані мікроцикли приводить до відриву від роботи в хірургічних відділеннях баз кафедри, що в свою чергу приводить до необхідного повторного періоду адаптації та знижує відповідальність в лікарській діяльності. Слід підкреслити, що у більшості інтернів залишається стереотип студентства, що потребує підвищених до них вимог, тим більше, що суміжні кафедри готують лікарів згідно фаху, а це приводить до напластування інтернів різної професійної спрямованості.

Для підняття особистого іміджу та розкриття індивідуальності інтернів нами введено обов'язкове чергування в приймальних відділеннях на базах кафедри в денні та нічні часи, де проводять первинний огляд хворих з невідкладною патологією та оформляють необхідну документацію. Систематично на клінічних конференціях інтерни роблять доповіді з хірургічних журналів по різних розділах хірургії з нових методів діагностики та лікування хворих.

Цикл топографічної анатомії та оперативної хірургії не відповідає вимогам практичної роботи хірурга. Згідно кожної теми програми з хірургії на практичних та семінарських заняттях, при доповідях хворих на оперативні втручання, розглядаються не тільки питання топографії органа, а й його фізіологічні та патологічні зміни, що дає повне розуміння про розвиток захворювання у кожного окремого хворого в залежності від віку та супутньої патології.

На наш погляд, суміжні цикли потрібно винести лише на лекційний курс інтернів, так як ці дисципліни вивчались в ВУЗі та виносились на державні іспити.

Важливе значення має проходження стажування інтернів на базах установ охорони здоров'я, де не завжди мають необхідні умови для засвоєння практичних навичок, особливо при відсутності невідкладної допомоги, малої кількості та різноманітності оперативних втручань.

З метою покращення підготовки хірургів в заочній частині інтернатури, по узгодженню з міським та обласним відділом охорони здоров'я, інтерни проходять підготовку на базі стажування 3 місяці, а потім в спеціалізованих центрах по 2 — 3 тижні: опіковому, судинному, торакальної хірургії, урології та інших. Графік складено так, що одночасно на базі центру працює не більше двох інтернів.

Все це дає можливість підготувати фахівця для більш якісної орієнтації в складних невідкладних ситуаціях та вибору тактики обстеження і лікування хворих.

## К ВОПРОСУ ПРЕПОДАВАНИЯ ХИРУРГИИ НА СТОМАТОЛОГИЧЕСКОМ ФАКУЛЬТЕТЕ

В. Н. Буценко, Л. И. Василенко, В. П. Семенов, В. Д. Тимофеев, В. И. Ксенз  
г. Донецк

В сложившихся сложных социально-экономических условиях существования учебных медицинских ВУЗов Украины, поиска средств самофинансирования в большинстве ВУЗов отдается предпочтение приему и обучению оте-

чественных и зарубежных студентов на контрактной основе.

Если учесть постоянное из года в год сокращение часов программы преподавания хирургии на стоматологическом факультете, то

акцент преподавания остается делать на применении интенсивных педагогических методик с рациональным использованием теоретических знаний и практических навыков в конкретных клинических условиях.

Следует признать, что преподавание хирургии на стоматологическом факультете имеет свои особенности. В частности, студенты-стоматологи уделяют недостаточное внимание изучению хирургии, считая ее непрофильной специальностью.

Исходя из этого, коллектив кафедры большое внимание уделяет деонтологическим вопросам преподавания хирургии, акцентируя внимание студентов-стоматологов на необходимости знаний и умений по хирургии в их повседневной работе. Так, на лекциях и практических занятиях мы неоднократно убеждаем студентов-стоматологов в необходимости освоения ими основ хирургии исходя из того, что необходимость овладения хирургическими знаниями предусмотрена квалификационной характеристикой врача-стоматолога. Кроме того, часть студентов-стоматологов после окончания ВУЗа будет работать стоматологами-хирургами, которые не смогут оказывать квалифицированную помощь больному без знаний основных разделов общей хирургии, таких как асептика и антисептика, методика оказания первой помощи при травмах головы, лица и остановке кровотечения (включая основы десмургии), вопросы переливания крови (проведения проб на совместимость) и т. д.

Кроме того, врачам-стоматологам, работающим в условиях участковых многопрофильных больниц, во время дежурств по больнице придется принимать неотложные решения по оказанию помощи пострадавшим (до прихода соответствующих специалистов), от правильности решения которых будет зависеть здоровье и жизнь больного.

Обращаем внимание и на то, что не исключена возможность ассистенции врачом-стоматологом во время неотложных общехирургических операций (что также предусмотрено квалификационной характеристикой врача-стоматолога). Следует отметить, что нередки случаи, когда из-за отсутствия у врачей-стоматологов элементарных знаний по хирургии возникает много моральных и юридических конфликтов при неоказании или несвоевременном оказании должной медицинской помощи пострадавшим.

Основываясь на 20-летнем опыте преподавания хирургии на стоматологическом факультете, мы убедились в целесообразности цикловой системы преподавания хирургии, позволяющей дать студенту цельный, более

совершенный объем знаний и умений. Считаем целесообразным введение для студентов-стоматологов вечерних дежурств в клинике в urgentные дни, позволяющих: с одной стороны, четче освоить и закрепить практические навыки, умения и манипуляции (инъекции, постановка клизм, вопросы предоперационной подготовки и послеоперационного ухода), с другой — во время дежурства студент, в качестве помощника врача, имеет больше возможностей для ознакомления с вопросами диагностики острых хирургических заболеваний и оказания квалифицированной медицинской помощи.

Большое внимание уделяем и вопросам самоподготовки (в частности самостоятельной курации и написанию истории болезни, которая позволяет объективно оценить уровень освоения таких мануальных навыков, как пальпация, перкуссия и аускультация). Акцентируем внимание на выполнении студентами перевязок, наложении и снятии швов курируемым больным, катетеризации мочевого пузыря и др. В процессе обучения широко используем тестовый контроль знаний по отдельным темам и разделам хирургии.

С целью объективизации знаний и активизации подготовки студентов широко используем рейтинговый контроль знаний.

Считаем целесообразным многоэтапный экзамен по хирургии, включающий:

- 1) контроль практических навыков и умений;
- 2) решение набора тестовых заданий, в которых учтены все основные разделы программы по хирургии.

Каждый тест из курса представляет определенную клиническую ситуацию конкретного больного. Проверка результатов решения тестов проводится по абсолютным критериям, предложенным ЦМК. Оценку «отлично» ставим, когда обучающийся правильно выполнил 90% и более операций; «хорошо» — 80 — 89% операций; «удовлетворительно» — 60 — 79% операций; менее 60% — «неудовлетворительно»;

- 3) в качестве определенной ситуационной задачи, в плане уровня освоения практических навыков, даем студенту показательную рентгенограмму конкретного больного, где студент определяет вид патологии и ставит предварительный диагноз.

Таким образом, преподавание хирургии по описанной методике и проведение комплексного поэтапного экзамена по хирургии развивает у студентов клиническое мышление и дает возможность наиболее объективно оценить уровень знаний студентов.

## ТЕСТОВЫЙ ЭКЗАМЕН НА КАФЕДРЕ ФАКУЛЬТЕТСКОЙ ХИРУРГИИ КАК ЭТАП В ПОДГОТОВКЕ БУДУЩИХ ХИРУРГОВ

А. Г. Гринцов, В. В. Хацко, И. В. Мухин, Я. Г. Колкин, А. М. Дудин, Н. П. Лиховид, В. В. Минин, Ю. Л. Куницкий

г. Донецк

В современных условиях задача высшей медицинской школы состоит в том, чтобы определить и обосновать программно-целевые установки подготовки врачебных кадров, создать модель современного и будущего врача, усовершенствовать квалификационные характеристики врачей. Следует установить оптимальное соотношение широты профиля специалиста, в частности хирурга, глубины его знаний и доскональности практических умений и навыков.

Успешное формирование гибких, разносторонних, обобщающих умений применять знания в решении профессиональных задач требует целенаправленности, систематического применения в процессе обучения системы широко варьируемых, нетипичных, специально построенных клинических задач, что развивает творческое мышление студентов.

Основой качественной перестройки обучения студентов на кафедре факультетской хирургии является тестовый контроль знаний. Он проводится в начале практического занятия по конкретной теме, в качестве рубежного контроля и во время экзамена. При этом учитывается, что обучение студентов должно проводиться на III, а то и на IV уровнях усвоения учебного материала. Гибкость клинического мышления успешно развивается при решении задач, имеющих несколько вариантов.

В течение 4 лет для оценки знаний студентов по факультетской хирургии мы используем тестовый контроль. Экзамен включает решение 4 тестов, чтение 1 рентгенограммы и курацию больного.

Проведению такого экзамена предшествовала большая методическая работа. Составление полноценных тестов является трудной задачей даже для опытного преподавателя. Были переработаны все экзаменационные билеты. При создании тестов мы исходили из того, чтобы каждая тема, согласно рабочей программе, была разработана и охвачена тестовыми вопросами. Тест представляет собой клиническую задачу с 8 — 10 вопросами, в каждом вопросе по 5 ответов. Студент должен выбрать в большинстве случаев правильный однозначный ответ в каждом вопросе. Все тесты проверены на компьютере по принципу сложности и валидности. Похожие тесты решались студентами на занятиях в течение учебного года. Вопрос проведения письменного тестового экзамена предельно обсуждался и утверждался цикловой комиссией по хирургическим болезням, проректором по учебной работе и деканом. Было сложено 450 конвертов, по 4 теста в каждом. При этом каждый студент получал в процентном отношении одинаковое количество

вопросов из разных разделов по факультетской хирургии.

Студентам давалась возможность в течение 1 часа дать письменные ответы на поставленные вопросы. Проверка работ проводилась при участии всех профессоров и доцентов кафедры. Ответы, оцениваемые на «отлично» и «неудовлетворительно», отдельно проверялись заведующим кафедрой. Это положение распространялось и на те случаи, когда оценка за работу вызывала сомнение. В этих случаях учитывалась в определенной мере годовая успеваемость студентов (рейтинг по факультетской хирургии). Проверка письменных ответов занимала в среднем 2,0 — 2,5 часа. Студентам, получившим неудовлетворительные оценки, указывали на их ошибки.

Письменные работы оценивались экзаменаторами по пятибалльной системе. «Отлично» ставили при наличии до 10% ошибок, «хорошо» — до 25%, «удовлетворительно» — до 40% и «неудовлетворительно» — свыше 40%. Средняя оценка выводилась по тестам, за рентгенограмму и курацию больного. При сравнении результатов тестового экзамена с результатами традиционного экзамена оказалось, что средний балл стал несколько ниже — с 4,22 до 4,04. Уменьшилось количество отличных оценок — на 8,9%. Стало больше хороших оценок — на 11,6% и удовлетворительных — на 7,1%.

Таким образом, письменный курсовой экзамен обеспечивает: 1) возможность изучения ответов студентов для дальнейшего совершенствования обучения; 2) объективность оценки знаний студентов; 3) повышение ответственности и активности студентов в период учебы и экзаменов; 4) возможность оценить студентов не только по степени их подготовки, но и дифференцировать по уровню знаний; 5) создание деловой и спокойной обстановки на экзаменах; 6) унификацию оценки знаний студентов.

Курсовой тестовый экзамен по факультетской хирургии является ведущей формой контроля учебной работы студентов, на основании которого оценивается уровень усвоения ими учебного плана. Тестовый контроль повышает качество усвоения студентами знаний, умений и навыков. Аккумулируя опыт наиболее квалифицированных преподавателей, он является методической основой преподавания. Он позволяет эффективно управлять процессом обучения, что обеспечивает подготовку квалифицированных специалистов, способных решать задачи практического здравоохранения. Однако при этом следует помнить, что в высшей медицинской школе основной должна быть работа студентов у постели больного, самой лучшей ситуационной задачей для студента является реальный больной.



## ПРОБЛЕМИ ПІСЛЯДИПЛОМНОЇ ПІДГОТОВКИ ХІРУРГІВ В ІНТЕРНАТУРІ

В. І. Десятерик, Ю. М. Кривицький, О. П. Агеєнко, В. В. Шаповалюк, Ю. І. Василенко  
м. Кривий Ріг

Помітне погіршення економічного стану медицини, подальше зменшення лікарняних ліжок та штатів медичного персоналу є головною ознакою нашого часу поряд з вкрай низькою матеріальною винагородою за нелегку працю хірурга, великою відповідальністю та постійним ризиком інфікуватись венеричними захворюваннями або сироватковим гепатитом. Зараз значною загрозою є постійний контакт хірургів та всього персоналу хірургічних відділень з ВІЛ-інфікованими пацієнтами. В умовах Криворізького регіону створився своєрідний епідемічний осередок наркоманії та носіїв вірусу імунодефіциту. За таких умов жодне з відділень не має засобів індивідуального захисту, вкрай обмежені можливості лабораторної діагностики СНІДу. Нам здається, що це є найбільш важливою проблемою сьогоденної хірургії та тим чинником, який в значній мірі знижує мотивації майбутніх хірургів для продуктивної праці під час навчання в інтернатурі.

Нинішня програма підготовки інтернів-хірургів розрахована на 18 місяців, з яких половина часу запланована на заочне навчання. Це потребує високої професійної підготовки завідуючих відділеннями та налагодження методичної основи на заочному циклі. Навчання на профільних кафедрах включає дуже великий обсяг практично по всіх розділах сучасної хірургії: невідкладної та планової хірургії черевної порожнини, грудної хірургії, онкології, проктології, судинної хірургії, гнійної хірургії та ін. Наявність спеціалізованих міських центрів, їх оснащеність дозволяють нам проводити навчання по вищеназваних розділах в спеціалізованих

профільних відділеннях. В таких відділеннях завжди з задоволенням чекають приходу інтернів, так як з'являється можливість використовувати їх як асистентів на операціях та під час нічних чергувань. Разом з цим, нас турбує недостатня теоретична та практична підготовленість лікарів, які приходять в інтернатуру. Значні прогалини знань мають місце з питань переливання крові, в розділах гнійної хірургії, невідкладної абдомінальної хірургії та топографічної анатомії. Як нам здається, головною причиною цього є відсутність підготовки студентів в субординатурі, якої немає в сучасних навчальних програмах. На жаль! Вважаємо, що півтора року навчання в інтернатурі термін достатній, але повернення до старої форми навчання на шостому курсі — субординатури, дозволило б помітно поліпшити якість підготовки майбутніх фахівців хірургічного профілю.

Помітну проблему становить збільшення груп інтернів до 8 чоловік. Такі групи, значною мірою, погіршують можливість якісного усвоєння практичних навичок. Якщо група з 3 — 4 інтернів дозволяє щотижня надавати їм можливість приймати участь в оперативних втручаннях, діагностичних процедурах, перев'язках, консіліюмах, — то групи із 8 чоловік такої можливості інтернів лишують, обмежують час викладача для лікувальної роботи.

Маючи добре обгрунтовану сучасну навчальну програму та непогане методичне забезпечення, ми впевнені, що вирішення названих проблем дозволить значною мірою поліпшити якість підготовки майбутніх лікарів-хірургів під час навчання в інтернатурі.

## НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ПОСТДИПЛОМНОГО ОБУЧЕНИЯ СПЕЦИАЛИСТОВ-ХИРУРГОВ ДЛЯ ЗАРУБЕЖНЫХ СТРАН

П. Г. Кондратенко, А. А. Соболев, В. А. Хараберюш, А. А. Васильев  
г. Донецк

Двадцатилетний опыт подготовки специалистов по хирургии для зарубежных стран показал, что одним из показателей качества обучения является возврат бывших выпускников в университет для постдипломной специализации в клинической ординатуре и аспирантуре.

Подготовка специалистов-хирургов для зарубежных стран требует определенных учебно-методических подходов, обеспечивающих высокое качество теоретической и практической подготовки, усвоения особенностей краевой патологии стран, из которых обучаются специалисты, осложненной хирургического характера заболеваний стран с жарким и тропическим

климатом, осложненной инфекционных и паразитарных заболеваний.

Особое внимание уделяется освоению методов диагностики и лечения хирургической патологии, распространенной в отдельных регионах мира или странах, освоению синдромного метода хирургических заболеваний, классификаций, утвержденных международными симпозиумами и съездами и, прежде всего, Всемирной организацией здравоохранения при ООН — это делает наших выпускников конкурентоспособными в сравнении со специалистами из других стран.

Для подготовки специалистов из стран

дальнего зарубезья широко используем синдромный метод изучения хирургии с использованием диагностических алгоритмов, основанный на выделении патогномичных заболеваний и групп разрешающих симптомокомплексов, способствующих глубокому и качественному усвоению материала, активации клинического мышления будущих специалистов из зарубежных стран.

Высокой эффективностью подготовки специалистов на постдипломном этапе обучения является широкое использование в учебном процессе структурно-логических схем и диагностических алгоритмов по каждому синдрому и группам патологии хирургического профиля, использование в учебном процессе и в лечебной работе международных классификаций хирургических заболеваний.

Каждый обучающийся имеет индивидуальный план теоретической и практической подготовки с указанием конкретных сроков освоения отдельных практических навыков и умений, проработки отечественных и зарубежных источников литературы по различным разделам хирургической патологии. Все специалисты из зарубежных стран ведут лечебный процесс, несут urgentные дежурства по оказанию экстренной помощи, периодически в соответствии с планом подготовки проводится контроль теоретической и практической подготовки.

На кафедре госпитальной хирургии № 2 Донецкого государственного медицинского университета за 25 лет из общего количества выпускников 16,3% работают специалистами хирургического профиля, 15 выпускников вернулись в университет через 2 — 3 года работы

на родине для постдипломного усовершенствования профессионального и научного уровня, 3 выпускника поступили в аспирантуру, которую успешно завершили, защитив диссертации на соискание ученой степени кандидата медицинских наук.

12 выпускников закончили двухгодичную и пятигодичную клиническую ординатуру и в настоящее время работают на ответственных должностях заведующих отделениями, старшими врачами центральных госпиталей, крупных межрайонных лечебных учреждений на родине. Самым признанным результатом постдипломного обучения специалистов является тот факт, что выпускники университета работают успешно в клиниках Парижа, Лиссабона, Ливерпуля, Стокгольма.

Очень важным условием успешной подготовки специалиста любого профиля, а тем более хирурга, является создание соответствующих морально-психологических условий обучения в клинике, наряду с высоким профессионализмом и требовательностью преподавателей, создания атмосферы доброжелательности, доверия и высокой ответственности врача-хирурга.

Накопленный опыт позволил определить три основных направления постдипломного обучения специалистов хирургического профиля: максимальный уровень овладения теоретическими и практическими знаниями, самостоятельная работа, которая активизирует познавательную и практическую деятельность врача, организационно-методические аспекты хирургической службы будущих руководителей здравоохранения.

## ПІДГОТОВКА ХІРУРГІВ-ІНТЕРНІВ НА КУРСІ ТОПОГРАФІЧНОЇ АНАТОМІЇ І ОПЕРАТИВНОЇ ХІРУРГІЇ

**П. С. Кризина**

*м. Київ*

Успішність професійної діяльності хірургів-інтернів залежить від їх базової підготовки. Серед таких предметів є топографічна анатомія і оперативна хірургія. Дякуючи їй майбутній медичний фахівець має уявлення про топографічне розташування того чи іншого органа та вміє топографо-анатомічно обґрунтувати оперативні доступи і оперативні втручання на ньому.

Головним завданням в викладанні даного предмета є підготовка фахівця, здатного до успішного виконання своїх професійних обов'язків. Досягнення цієї мети в значній мірі залежить від ефективності викладання топографічної анатомії і оперативної хірургії, що є головним в спеціалізації лікаря-інтерна. Без оволодіння знаннями по даному предмету є неможливим подальше становлення хірурга як фахівця.

На курсі в навчально-контрольній програмі для більш повного оволодіння знаннями з топографічної анатомії та оперативної хірургії передбачені перевірки чотирьох рівнів знань: 1) перевірка теоретичного рівня (питання-відповідь-оцінка); 2) контроль вміння розпізнавати топографічне розташування органів (голотопія, синтопія, скелетотопія); 3) контроль вміння оперативних доступів та оперативних втручань на органах; 4) контроль вміння проведення розтинів різних тканин, органів та накладання швів.

При навчанні лікар-інтерн поряд з практичними та семінарськими заняттями проходить безмашинний контроль знань на картах. Карти містять в собі тестові питання та графіку топографічного розташування органів. По мірі опанування теоретичними знаннями підготовка

проводиться на трупному матеріалі (фрагменти кишок, труп фіксований, труп нефіксований) з визначенням голотопії, синтопії та скелетотопії органів черевної порожнини та відробка техніки розтинів тканин і органів, різних доступів до органів з наступною їх мобілізацією та виконанням оперативних втручань.

Найбільше уваги приділяється практичним навичкам оволодіння накладання хірургічних швів на різні тканини і органи. Серед останніх заслуговують на увагу хірургічні шви на порожнисті органи шлунково-кишкового тракту (стравохід, шлунок, тонка і товста кишка). Для наочності при накладанні хірургічних швів на

кишки нами застосовується різнокольоровий шовний матеріал (синій, червоний, зелений, жовтий). Це дає можливість візуально зробити оцінку правильності накладання швів (одно-, дво- чи трьохрядних) з захопленням того чи іншого шару стінки порожнистого органа. Спочатку це виконується на фрагментах кишок, а потім — на трупах.

Такий підхід підготовки лікарів-інтернів з циклу хірургії сприяє формуванню тактико-оперативного стереотипу, який потім подальше збагачується навчанням та практичним досвідом на кафедрах хірургії та робочому місці.

## ПОКРАЩЕННЯ ЯКОСТІ ПІДГОТОВКИ СТУДЕНТІВ В ХІРУРГІЇ

**О. В. Лігоненко, Л. В. Гірін**

*м. Полтава*

Покращення якості підготовки спеціалістів — головне завдання вищої медичної школи.

Посилення підготовки лікарів повинно бути поєднане на сучасному етапі з пошуком нових, більш ефективних форм спілкування. Для того, щоб підвищити якість підготовки молодих спеціалістів, потрібна не лише інтенсифікація освіти, науки та практичної діяльності, а й удосконалення навчально-виховної роботи викладачів.

Роль хірургії в загальній системі підготовки лікаря важко переоцінити. Як базисна дисципліна, хірургія визначає рівень знань та практичних навичок, якими оцінюється загальна кваліфікація молодого спеціаліста. У цьому плані заслуговує великої уваги методика та програма етапного, скрізного навчання студентів в медичному інституті за даною спеціальністю.

Перехід на нову учбову програму привів до ліквідації програми, яка позитивно зарекомендувала себе. На III курсі студенти проходять курс загальної хірургії, де засвоюють загальні положення хірургії, принципи діагностики та лікування хірургічних захворювань, потім курс факультетської хірургії, під час якого на IV курсі студенти знайомляться з спеціальними питаннями хірургії та класичними формами різноманітної хірургічної патології, засвоюють принципи та методи клінічного мислення. При проходженні курсу госпітальної хірургії на V — VI курсах вивчають особливості клінічного перебігу, діагностики та лікування атипового перебігу хірургічних захворювань. Видатний вітчизняний хірург М. І. Пирогов визначав: «Госпітальна клініка — місце, де студент міг би отримати життєвий досвід, навчитись самому розбиратись в діагностиці та лікуванні хворих і використовувати для цього ті знання, які він одержав протягом усього навчання».

Сучасні вимоги до підвищення теоретичних і практичних знань в хірургії внесли суттєві ко-

рективи в систему поетапного викладання предмета та введення субординатури на 6-му. Субординатура, яку студенти проходили в нашій академії на кафедрі госпітальної хірургії, переслідувала одночасно виконання двох завдань: первинну спеціалізацію, а головне — інтегроване з рядом теоретичних та клінічних кафедр академії викладання хірургії, спрямоване на поглиблення теоретичних знань та надбання практичних навичок з діагностики та лікування хірургічних захворювань. Одночасно кафедрою хірургічних хвороб для субординаторів виконувався також і постійний контроль за проходженням випускниками академії інтернатури з хірургії.

Було б доцільним та бажаним відновлення попереднього поетапного розділення викладання хірургії між всіма хірургічними кафедрами академії, повернення їм попередніх традиційних назв, які більш точно відображають по суті та формі їх призначення в навчальному процесі. Збереження кращих традицій вітчизняних хірургічних шкіл має велике виховне значення для майбутніх поколінь хірургів.

Розмежування в скрізній учбовій програмі, вивчення окремих тем по хірургії на IV та V курсах між факультетською та госпітальною хірургічними клініками, згідно з основним напрямком профілю їх клінічної діяльності не лише викликало б дублювання викладання, але й сприяло б підвищенню якості навчання студентів по різних видах хірургічної патології. Значно покращило б індивідуальне навчання кожного студента, засвоєння ними практичних навичок та відповідальність викладачів за якість підготовки лікаря, також скорочення чисельності студентів у групі до 6 — 7 чоловік, участь усіх хірургічних кафедр у відборі студентів у субординатуру.

У подальшому, при проходженні субординатури з хірургії на 6-му курсі, коли студенти

набувають додаткових знань та умінь, що необхідні їм для майбутньої діяльності, заняття доцільно проводити протягом усього навчального року на одній спеціалізованій кафедрі з повною матеріально-технічною базою. VI курс повинен бути повністю використаним для хірургії. Окремі ж цикли занять по суміжних дисциплінах потрібно проводити до первинної спеціалізації, або у факультативному порядку за бажанням студентів після закінчення основних занять на кафедрі хірургії.

Хірургом неможливо стати за час навчання в інституті, включаючи первинну спеціалізацію в субординатурі. Закордонний досвід свідчить, що після закінчення інституту для цього ще потрібно 3 — 5-річна робота у великих хірургічних клініках під керівництвом висококваліфікованих спеціалістів з послідовним складанням іспиту. У наших умовах гарну допомогу у підготовці кваліфікованих спеціалістів надає інтернатура з хірургії.

Досвід, накопичений в академії, свідчить, що дворічний період часу навчання в субординатурі та інтернатурі на базі випускної кафедри може

бути достатнім для формування хірурга, який володіє основними професійними навичками. Логічним у такому випадку є видача диплому після закінчення інтернатури, коли випускники можуть звітувати про свою практичну роботу. Це, з одного боку, підвищить відповідальність кафедри, на якій студенти будуть проходити субординатуру та інтернатуру, за якість підготовки молодого спеціаліста, а з другого боку — примусить випускників більш відповідально підійти перед отриманням диплому до підготовки до іспиту на право самостійної роботи за обраною спеціальністю. При цьому розповсюджується добре зарекомендований в академії досвід контролю рівня практичної підготовки випускників на державному іспиті з хірургії. Недостатньо кваліфікованим випускникам потрібно видавати замість диплома лікаря диплом фельдшера.

Повернення до традиційної системи викладання хірургії з урахуванням вищесказаних положень спрямовано на підвищення якості підготовки студентів і направлено на збільшення ефективності навчання в субординатурі та інтернатурі.

## СПЕЦИФИКА ПРЕПОДАВАНИЯ ОБЩЕГО И СПЕЦИАЛЬНОГО УХОДА ЗА БОЛЬНЫМИ НА СТОМАТОЛОГИЧЕСКОМ ФАКУЛЬТЕТЕ

**В. И. Лупальцов, И. А. Сенников, О. Е. Сенникова**  
г. Харьков

Введение в учебную программу предмета «Общий уход за больными», в частности «Общий уход за хирургическими больными», в условиях возрастающих требований к подготовке врачей-специалистов, явилось необходимым и долгожданным шагом.

По существу курс «Общий уход за хирургическими больными» является введением в хирургические дисциплины.

Подспорьем для преподавания «Общего ухода за хирургическими больными» явилась программа Минздрава Украины для студентов стоматологических факультетов медицинских вузов, нацеливающая на максимальное использование в обучении будущих стоматологов элементов специального ухода за челюстно-лицевыми больными. Необходимость такого подхода диктуется еще и тем, что в курсе хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии вопросам ухода практически не отводятся учебных часов.

Под уходом за больными подразумевается комплекс мероприятий, проводимых с целью облегчить состояние пациентов и тем самым обеспечить полный успех лечения. Составными частями наблюдения и ухода за больными являются:

- Тщательное наблюдение за функциями всех органов

- Своевременное и точное выполнение предписаний врача

- Проведение мероприятий, способствующих восстановлению сил больного

- Облегчение страданий пациента

- Профилактика возможных осложнений болезни, а также осложнений, возникающих в ходе лечебного процесса, в том числе и хирургического

- Внимательное отношение к больному.

Уход за больными челюстно-лицевого профиля, наряду с общемедицинскими и общехирургическими элементами, имеет и ряд специфических особенностей. Особое значение приобретают вопросы наблюдения за питанием и помощи больным в индивидуальном кормлении. При этом существует ряд специальных методик кормления (например, питание через позадиомлярное пространство ротовой полости), организация и помощь медперсонала в уходе за полостью рта, специальный уход при повышенной саливации, обеспечение специальных методов лечебной гимнастики и физиотерапевтических процедур в восстановительном периоде после травмы или операции. Выполнение восстановительных и пластических операций также невозможно без соблюдения элементов специального ухода.

Со своей стороны, для улучшения препода-

давання даного курсу на кафедрі хірургічних болезней ХГМУ, ми стараємося найбільше повно розкривати в лекційному курсі питання ухода не тільки в загальнохірургічному стаціонарі, але і за больними стоматологічного профіля. Одночасно уделяємо багато часу деонтологічним аспектам загального ухода за больними.

На практичних заняттях, поряд з розглядом теоретичних питань, прагнемо, щоб основна частина навчального часу проходила безпосередньо у постелі хворого, в операційній. При цьому план заняття розроблено так, щоб кожен студент виконував маніпуляції по спостереженню і уходу за больними.

Обов'язковим умовою навчання є робота студентів на 2 екстрених дежурствах, де вони під керівництвом викладачів виконують маніпуляції, досягають успіхів у спілкуванні з больними.

З метою уніфікації вимог до освоєння навчального матеріалу на кафедрі розроблено перелік практичних навичок по уходу за больними, а також широко використовуються комп'ютерні завдання як в процесі освоєння матеріалу на практичних заняттях, так і на зачеті і екзамені по хірургічним болезням. В кожному екзаменаційному білеті обов'язково включено питання по загальному уходу.

І як заключительний етап навчання ми

розглядаємо летню виробничу практику. Студенти проходять її в якості помічників медсестер на базі челюстно-лицьового відділення лікарні швидкої і неотложної медичної допомоги г. Харькова. При цьому досвідчені челюстно-лицьові хірурги і кваліфіковані сестри відділення активно залучаються до роботи зі студентами.

Непосереднє участь в процесі спостереження і ухода за больними стоматологічного профіля викликає великий інтерес у студентів, що не може не позитивно впливати на процес закріплення знань, столь необхідних їм в майбутній професійній діяльності лікарів-стоматологів.

Підготовка вихованця-лікаря, кваліфікація якого відповідає всім міжнародним стандартам — важкий і тривалий процес, в якому крім постійного вдосконалення методів навчання, повинна проводитися неперервна робота по вихованню і самовихованню студентів. Касаючись окремих питань підготовки спеціалістів-стоматологів, необхідно відзначити фундаментальну роль в становленні лікаря загального і спеціального ухода за больними хірургічного профіля, в тому числі і челюстно-лицьового.

І не в останню чергу — виховання у студентів високого почуття співчуття до хворого.

## ВАРІАНТ РОБОЧОЇ НАВЧАЛЬНОЇ ПРОГРАМИ З ГОСПІТАЛЬНОЇ ХІРУРГІЇ

**В. Г. Мішалов, Л. І. Остапюк, В. В. Храпач**  
м. Київ

Особливістю розвитку сучасної хірургії є розширення оперативної активності у сфері серцевої, судинної хірургії, різкий зліт мікрохірургічних, лапароскопічних технологій; використання засобів пластичної та реконструктивної хірургії.

Це диктує необхідність оновлення змісту навчання студентів з хірургічних дисциплін, приведення його у відповідність з сучасним рівнем розвитку хірургії. Слід зауважити, що «Типова навчальна програма з госпітальної хірургії», яка затверджена МОЗ України у 1995 році, виділяє понад 40% навчального часу на практичних заняттях питанням грудної і судинної хірургії. Безумовно, реалізація цієї програми можлива лише при наявності відповідної клінічної бази.

З метою удосконалення вивчення студентами випускних курсів хірургічних хвороб, для ознайомлення їх з сучасними досягненнями (зокрема у сфері серцевої, судинної і грудної хірургії), розширення можливостей якісної підготовки фахівців-хірургів на післядипломному етапі в Національному медичному університеті ім. акад. О. О. Богомольця створено кафедру

госпітальної хірургії № 2 з курсом грудної та судинної хірургії. Співробітники нової кафедри розробили «Робочу навчальну програму з госпітальної хірургії для студентів V курсу», яка відповідає вимогам «Типової навчальної програми з госпітальної хірургії», затвердженої у 1996 році та «Програми з госпітальної хірургії для студентів медичних вузів» (1995 р.) центрального методичного кабінету з вищої освіти Міністерства охорони здоров'я України і містить в собі розгорнуте вивчення нових тем з актуальних питань грудної, судинної хірургії. Наприклад, студентам читаються лекції на теми: «Набуті вади серця. Вибір методу лікування», «Діагностика і лікування гострих та хронічних захворювань периферичних вен верхніх та нижніх кінцівок», «Ішемічна хвороба серця. Методи хірургічного лікування», «Сучасні методи лікування тромбоемболії легеневої артерії». Оснащення кафедри найсучаснішим обладнанням, залучення кваліфікованих фахівців з досвідом виконання новітніх методик операцій дозволило ввести на кафедрі викладання нових тем практичних занять: «Сучасні методи дослідження

серцево-судинної системи та органів грудної та черевної порожнини (УЗД, МРТ, ангіографія, методи функційної діагностики); «Шемічна хвороба серця. Сучасні методи діагностики та лікування».

Вивчення проблем таких відносно нових, але дуже важливих областей хірургії, як мікрохірургія, пластична та реконструктивна естетична хірургія винесено у розділ позааудиторної роботи студентів та наукових тем, які більш глибоко розробляються у студентському гуртку.

Зараз співробітниками кафедри розробле-

на робоча навчальна програма для VI курсу, яка також містить вищевказані особливості.

Завдяки тому, що клінічні бази кафедри мають і продовжують оснащатися сучасним обладнанням та використовують новітні технології в сфері загальної, лапароскопічної, серцево-судинної, рентгенендоваскулярної та пластичної і реконструктивної хірургії, студенти мають змогу оволодіти в повному обсязі знаннями по всіх розділах робочої навчальної програми кафедри госпітальної хірургії № 2 з курсом грудної та судинної хірургії Національного медичного університету та проводити наукові розробки в цих областях медицини.

## ПРИНЦИПЫ ПОДГОТОВКИ ВРАЧЕЙ-ХИРУРГОВ И ПЕДАГОГИЧЕСКИХ КАДРОВ НА КАФЕДРЕ ОБЩЕЙ ХИРУРГИИ

Л. В. Поташов, А. А. Протасов, Н. А. Бубнова, В. П. Морозов, Т. Д. Фигурин, Р. В. Тонз  
г. Санкт-Петербург

Подготовка кадров хирургов на кафедре общей хирургии начинается со 2 курса, когда студенты приступают к изучению общего ухода за больными и впервые приходят в хирургическую клинику. Мы считаем, что одна из основных задач этого курса, помимо изучения конкретных навыков сестринского ухода за больными, заключается в том, чтобы показать студентам особенности труда врача-хирурга и выздоравливающего больного после операции. Уже на 2 курсе студенты должны либо увлечься хирургией и приложить максимум усилий, чтобы стать хирургом, либо разрушить свои иллюзии об этой прекрасной профессии.

Изучение курса ухода за больными показывает важность выхаживания больного после операции, успех которой зависит не только от трудного физического и интеллектуального труда хирурга, но и от работы медицинской сестры.

Уже на 2 курсе студенты начинают познавать необходимость глубоких теоретических знаний в хирургии и мануальных способностей. Следует показать студентам, что хирург должен иметь сильный характер, чтобы принимать ответственные решения за жизнь больного. Еще в большей степени эти задачи решаются на 3 курсе при изучении общей хирургии. Очень большое значение в воспитании хирурга мы придаем вводной лекции и вступительному занятию, на которых излагаются задачи хирургии и требования, предъявляемые к личности хирурга.

Важная роль в воспитании врача-хирурга принадлежит кружку СНО, организационное заседание которого обязательно проводит заведующий кафедрой. Заседание научного кружка посещают не только студенты 3 курса, но и увлеченные хирургией первокурсники и студенты 2 курса. Работа научного студенческого кружка имеет 3 основных направления:

— научное, позволяющее приступить к научным исследованиям под руководством преподавателя

— теоретическое, дающее возможность повышения уровня знаний

— улучшение практической подготовки студентов путем участия в дежурствах по экстренной хирургии.

Теоретические заседания кружка СНО посвящаются новым перспективным направлениям хирургии, в частности — эндовидеохирургии, эндоваскулярной и эндоскопической хирургии.

Студенты СНО обязательно несут дежурства по экстренной хирургии под руководством преподавателя или научного руководителя. Мы стремимся к тому, чтобы научными руководителями студентов были преподаватели, ведущие в группе учебный процесс. Это создает наилучший творческий контакт студента и преподавателя. Активные студенты СНО к 4 — 5 курсу могут быть допущены к ассистированию на экстренных и плановых операционных вмешательствах.

Из числа студентов СНО на 6 курсе кафедра формирует группу субординаторов, обучающихся на базе клиники общей хирургии. На 6 курсе работа студента проходит в коллективе кафедры и клиники, что позволяет объективно оценить практические и теоретические способности студента и его научный потенциал. Лучшие из студентов-субординаторов рекомендуются в интернатуру по хирургии при кафедре и на ее клинической базе в городской больнице.

Из интернов по хирургии, отлично работающих на 6 курсе, отбираются кандидаты в клиническую ординатуру и аспирантуру. Таким образом, начиная со 2 курса, в период обучения в университете происходит старательный отбор кандидатов для подготовки из них хирургов — будущих научных работников и преподавателей в штат кафедры.

Кро  
лектива  
татам и  
из воспи  
собные с  
клиничес

## СИНДРОМ НА ВЫ

А. А. Се  
г. Донец

Зак  
ков на V  
ностью  
учебного  
ляет прс  
выпуска  
максима  
ников к  
тельность

Тра  
чения, п  
этой пр  
diagnosti  
ние его  
видами  
нозологи  
диагност  
методов  
ромный

В о  
мышлен  
ция бол  
принцип  
больного  
па являе  
дельные  
гической  
зологиче  
Естестве  
ний изу  
нозологи

При  
ти осное  
ной диаг  
нических  
отдельне

На  
мым явл  
на выдел  
ненных с  
определ  
низма. Э  
ние синд  
питальнс  
ственног  
ние посл  
Пре

Кропотливая работа педагогического коллектива кафедры приводит к хорошим результатам и позволяет формировать штат кафедры из воспитанников кружка СНО. Наиболее способные студенты за период обучения в СНО и клинической ординатуре нередко успешно вы-

полняют научные исследования, являющиеся основой кандидатской диссертации.

Те студенты, которые, пройдя описанный путь, не могут быть оставлены на кафедре, получают рекомендации для трудоустройства хирургами в других лечебных учреждениях г. Санкт-Петербурга.

## СИНДРОМНЫЙ МЕТОД ПРЕПОДАВАНИЯ ХИРУРГИЧЕСКИХ БОЛЕЗНЕЙ НА ВЫПУСКНОМ КУРСЕ

**А. А. Соболев, А. А. Васильев**

г. Донецк

Заключительный этап подготовки выпускников на VI курсе сопряжен с высокой интенсивностью учебного процесса из-за дефицита учебного времени. Это в свою очередь заставляет профессорско-преподавательский состав выпускающих кафедр решать задачу быстрой и максимально качественной подготовки выпускников к предстоящей профессиональной деятельности.

Традиционными методами и формами обучения, применяемыми на II — III — IV курсах, этой проблемы не решить. Постулат: «*Bene dignosticur, bene curatur*» общеизвестен и значение его непреходяще. Известно, что основными видами диагностического мышления являются нозологический принцип, принцип оптимальной диагностической целенаправленности освоения методов диагностического алгоритма и синдромный принцип диагностики.

В основе принципа диагностического мышления лежит нозологическая классификация болезней, определение диагностических принципов заболевания у каждого конкретного больного. Основным недостатком этого принципа является то, что обучающийся выбирает отдельные симптомы заранее известной нозологической единицы, что не активизирует его нозологической и мыслительной деятельности. Естественно, на этапе освоения базисных знаний изучение на младших курсах отдельных нозологических форм приемлемо.

Принцип диагностической целесообразности основан на возможностях дифференциальной диагностики при оптимальном объеме клинических и лабораторных данных и выделении отдельных решающих симптомов.

На выпускном курсе наиболее приемлемым является принцип диагностики, основанный на выделении совокупности симптомов, объединенных общим патогенезом и характеризующих определенное патологическое состояние организма. Этот метод диагностики получил название синдромного и применяется в клинике госпитальной хирургии № 2 Донецкого государственного медицинского университета в течение последних 20 лет.

Преимущество данного метода обучения

на выпускном курсе неоспоримо, так как он соответствует уровню предыдущей теоретической и практической подготовки, а выявление основных симптомов патологии в каждом конкретном случае позволяет выделить ведущий синдром. Синдромная диагностика — логически определенный симптомокомплекс мыслительной деятельности, позволяющий проводить распознавание болезней и патологических процессов, объединенных ведущим синдромом независимо от их принадлежности к различным нозологическим единицам.

Проведению синдромного метода диагностики на выпускном курсе по хирургическим болезням способствует методическая система, определяющая задачи и цели обучения на выпускных кафедрах, устанавливающая целевые связи со всеми теоретическими, предклиническими и клиническими кафедрами. Эти целевые связи позволяют определить оптимальный перечень клинических синдромов для освоения на выпускном курсе.

Соответственно учебной программе и конечным целям обучения в курсе хирургических болезней выделены следующие клинические синдромы: синдром «острого живота», синдром кровотечения в просвет пищеварительного тракта, синдром холецистита, постхолецистэктомический синдром, гастритический синдром, цирротический синдром, холангитический синдром, синдром «малых признаков», синдром хронической венозной недостаточности, окклюзионный синдром сосудов нижних конечностей, посттромбофлебитический синдром, спленомегалический синдром, ишемический абдоминальный синдром, синдром раздраженной толстой кишки, синдром ложного «острого» живота.

Разделение клинической информации по синдромному принципу — наиболее рациональный и практически приемлемый метод диагностики. Дальнейший мыслительный диагностический процесс совершается внутри каждого отдельного синдрома.

Так, при диагностике синдрома «острого живота» выделяют основные диагностические признаки этого синдрома, включающие общеизвестную триаду: боль, *defans musculaire*, пери-

тонеальные знаки. На втором этапе диагностики обучающиеся выделяют группу ведущих симптомов, характерных для отдельных нозологических форм синдрома «острого живота». Таких как острый аппендицит, острый холецистит, острая кишечная непроходимость, перфоративная язва желудка и двенадцатиперстной кишки, острый панкреатит, острый тромбоз мезентериальных сосудов и т. д. При диагностике синдрома «острого живота» рекомендуем обращать внимание

на патологические процессы, локализирующиеся за пределами брюшной полости: острый инфаркт миокарда, почечная колика, пневмония, забрюшинная гематома и другие. Иными словами, выделяем синдром «острого ложного живота».

Завершающим этапом синдромного метода диагностики является определение вида патологии, формирование развернутого клинического диагноза, определение конкретной лечебной тактики.

## АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ ПІДГОТОВКИ ХІРУРГІВ-ІНТЕРНІВ

**С. І. Шевченко, В. М. Шалдуга, О. С. Сикал**  
м. Харків

Підготовка спеціаліста хірургічного профілю, незалежно від спеціальності (гінеколог, уролог, нейрохірург, травматолог та інші), потребує первинної загальнохірургічної підготовки протягом 1,5 року. Після закінчення інтернатури молодий фахівець повинен відпрацювати 2 — 3 роки хірургом і тільки після цього проходити вузьку спеціалізацію.

Підготовку хірурга загального профілю необхідно починати з першого року навчання у медичному закладі. Майбутній спеціаліст повинен чітко знати, які знання будуть використовуватись ним у практичній діяльності. Можливість первинного знайомства з хірургією проводиться через студентські кафедральні гуртки, куди зараховуються усі бажаючі, незалежно від курсу навчання. Для зачислення у інтернатуру по хірургії повинна бути рекомендація, що видається завідувачими хірургічними кафедрами за направленням відповідальних за роботу з гуртківцями, при цьому ураховується середній бал підготовки студента по основних дисциплінах (він повинен бути не нижче 4,3 — 4,5).

Досить вдалий у цілому типовий учбовий план і програма спеціалізації випускників вищих медичних закладів освіти із спеціальності «Хірургія» (Київ, 1996) дає можливість опанувати принципами розпізнання і лікування хірургічних захворювань, дає можливість підготовки хірурга загального профілю, що особливо важливо у сучасний час. При запланованому терміні навчання 1,5 року (17 місяців) нерентабельно виділяти 8 місяців на стажування на базах у центральних районних лікарнях (ЦРЛ), тому що інтерни у ЦРЛ не мають можливості працювати на комп'ютері, вивчати запропоновану літературу, мають меншу можливість приймати участь у складних операціях, як правило, вони мало контролюються завідувачими відділеннями та показують гірші знання на іспитах, на наш погляд, стажуванню у ЦРЛ досить 2 — 4 місяців.

У розподіл годин на лекції та семінари необхідно виділити час для вивчення і практичної роботи з політравмою, бо саме цей розділ навчання не планується при підготовці як студентів, так і інтернів, а саме хворі з політравмою дають дуже високий чинник смертності.

Аналізуючи цей показник, відмічається багато помилок лікарів-практиків у діагностиці пошкоджень, при подаванні первинної допомоги, проведенні іммобілізації, транспортуванні у спеціалізовані відділення. У запропонованому типовому учбовому плані є розділи закритих та відкритих пошкоджень органів, але нема окремого курсу «Політравма» з детальною його розробкою. Цей курс розрахований на 64 — 72 години, повинен проводитись тільки у спеціалізованих відділеннях політравми, де інтерни-хірурги, крім лекцій та семінарів, повинні виконувати практичне опанування необхідними навичками у діагностиці та лікуванні хворих. Виділення часу можливо за рахунок скорочення розділу «Хірургія органів грудної клітки» (264 години).

На наш погляд, в учбовому плані і програмі необхідно провести розподіл годин таким чином, щоб збільшити час роботи інтерна у гнійно-септичному відділенні, бо саме з цією патологією молодий фахівець частіше всього буде зустрічатись у перші роки своєї діяльності.

Розглядаючи перелік практичних навичок, якими повинен оволодіти майбутній хірург, звертає на себе увагу потреба обов'язкового виконання досить рідких у практичній діяльності загального хірурга операцій (пункція порожнини перикарда, бужування стравоходу, надгрудинна претрахеотомна та паратрахеотомна блокада, трахеотомія, трахеостомія, провідникове знеболювання за Усольцевою) і відсутність тих, що дуже часто зустрічаються у практичній діяльності — пальцеве ректальне дослідження, новокаїнова блокада за Дудкевичем, новокаїнова парапанкреальна блокада, проведення транспортної іммобілізації при різних ушкодженнях та інші.

У типовий учбовий план необхідно включити перелік обов'язкових, поширених оперативних втручань, виконаних хірургом-інтерном. При цьому необхідно враховувати те, що лікар-інтерн без сертифікату «лікаря-хірурга» не має юридичного права виконувати операції на органах черевної та грудної порожнини. Щоб уникнути цієї правової недоцільності, необхідно після 12 місяців навчання здати екзамен та одержати сертифікат і після цього продовжувати навчання.

**СОДЕ**

**Владимир Владимирович**  
Лупальцов

**ЗАБО**

Артемов Ю  
Селективн  
дванадцат  
Атаев С. Д.  
Применен  
и осложне  
Бабалич О.  
Дуоденост  
Береснев А  
Поляк И. Я  
Инфекция  
в раннем  
Василюк М  
Комплексо  
та дванад  
Глушков Н  
Повторны  
Глушков Н  
Результат  
Голетиани  
Показани  
и язвенно  
Диброва К  
Органосо  
Зайцев В  
Особенно  
гастроду  
Залевский  
Выбор па  
у больны  
Клигуненк  
ВЛОК (в  
желудочк  
Клигуненк  
Плазмоза  
полиорга  
Кондрате  
Способ х  
с высоки  
Ксенофон  
Особенно  
Кулачек С  
Локальны  
Лагода А.  
Петренко  
Дискрет  
после ог  
Лагода А.  
Дорожко  
Иммуно  
перфора  
Саенко В  
Оптимиз  
Геев Б. І  
Довженк  
Отдален  
Тарабан  
Изучени



## СОДЕРЖАНИЕ

Владимир Иванович Лупальцов (к 60-летию со дня рождения) .....	3
Владимиру Ивановичу Лупальцову .....	5
Лупальцов В. И. Пути развития современной панкреатологии сегодня и завтра .....	6

## ЗАБОЛЕВАНИЯ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

Артемов Ю. В. Селективная проксимальная ваготомия в хирургическом лечении язвенной болезни двенадцатиперстной кишки .....	8
Атаев С. Д., Атаев Д. С., Абдуллаев М. Р. Применение даларгина в комплексном лечении длительно незаживающих и осложненных гастродуоденальных язв .....	9
Бабаліч О. К. Дуоденостаз при виразковій хворобі шлунку та дванадцятипалої кишки .....	10
Береснев А. В., Зыбин В. М., Лунев А. Н., Павличенко С. А., Молотягин Г. Е., Свирепо П. В., Гниденко Ю. П., Поляк И. Я., Апкарьян П. П., Дорожко Н. А. Инфекция <i>Helicobacter pylori</i> при перфоративной язве двенадцатиперстной кишки в раннем и ближайшем послеоперационном периоде .....	11
Василіук М. Д., Шевчук А. Г., Яворський М. І., Федорченко В. М., Курташ Л. А., Гудивок В. І., Василюк С. М. Комплексне хірургічне лікування виразкової хвороби шлунку та дванадцятипалої кишки, ускладненої кровотечею .....	12
Глушков Н. И., Горбунов Г. М., Кветный М. Б., Кенджаев А. Ш. Повторные и реконструктивные операции при «болезни оперированного желудка» .....	13
Глушков Н. И., Горбунов Г. М., Кветный М. Б., Кенджаев А. Ш. Результаты хирургического лечения язв кардиального отдела желудка .....	14
Голетиани М. В., Бондаренко В. А. Показания и противопоказания к энтеральному питанию при желчнокаменной болезни и язвенной болезни двенадцатиперстной кишки .....	14
Диброва Ю. А., Иоффе А. Ю., Бурый А. Н., Лаврик А. С. Органосохраняющие операции в хирургическом лечении язвенной болезни желудка .....	16
Зайцев В. Т., Бойко В. В., Тарабан И. А. Особенности хирургического лечения больных с острыми язвенными гастродуоденальными кровотечениями с учетом кишечной фазы желудочной секреции .....	17
Залевский С. А., Кондратенко П. Г., Элин А. Ф. Выбор параметров для определения степени риска при экстренной операции у больных с острым язвенным гастродуоденальным кровотечением .....	19
Клигуненко Е. Н., Петренко Ю. С., Скирда И. И. ВЛОК (внутривенозное лазерное облучение крови) и эритрон при комплексной терапии желудочно-кишечных кровотечений (ЖКК) .....	20
Клигуненко Е. Н., Скирда И. И. Плазмозаменитель с кислородотранспортными свойствами — перфторан в профилактике полиорганной недостаточности у больных с желудочно-кишечными кровотечениями (ЖКК) .....	21
Кондратенко П. Г., Соболев В. В., Мумров Е. А., Соболев Д. В. Способ хирургического лечения больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки с высоким уровнем желудочной секреции .....	22
Ксенофонтов С. С., Ярошак В. В., Гюльмамедов П. Ф. Особенности моторной активности ререзецированной культи желудка .....	23
Кулачек Ф. Г., Иващук О. І. Локальный гемостаз за виразкової дуоденальної кровотечі у хворих похилого та старечого віку .....	24
Лагода А. Е., Береснев А. В., Зыбин В. М., Павличенко С. А., Лунев А. Н., Молотягин Г. Е., Гниденко Ю. П., Петренко А. С., Свирепо П. В., Апкарьян П. П., Дорожко Н. А. Дискретный плазмозферез в комплексной терапии гнойно-септических осложнений после операций на желудке .....	25
Лагода А. Е., Григорова И. А., Молотягин Г. Е., Лунев А. Н., Петренко А. С., Гниденко Ю. П., Дорожко Н. А., Апкарьян П. П. Иммнокорректирующая терапия в комплексном лечении больных перфоративной язвой двенадцатиперстной кишки .....	26
Саенко В. Ф., Иоффе А. Ю., Маркулан Л. Ю., Бемянский Л. С., Мишалов В. Г., Волик В. Т. Оптимизация диагностики рефлюкс-гастрита с помощью оптической биопсии .....	27
Пеев Б. И., Бильченко В. И., Ребров Ю. С., Шальков Е. Л., Довженко А. Н., Сметцов Д. А., Климов В. В., Пеев С. Б. Отдаленные результаты ваготомии у больных с иссечением перфоративной язвы 12-перстной кишки .....	28
Тарабан И. А. Изучение состояния вегетативной нервной системы в хирургии язвенной болезни .....	29

Хаджиев О. Ч., Лупальцов В. И.

Современные принципы хирургического лечения перфоративной гастродуоденальной язвы .....	31
Щитов А. В.	
Способ улучшения моторной функции желудка при декомпенсированных язвенных пилородуоденальных стенозах .....	32

## ЗАБОЛЕВАНИЯ ПЕЧЕНИ И ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Бобров О. Е., Баренфельд А. И., Бучнев В. И., Зоргач В. Ю.

Лечение абсцессов печени .....	33
Вержанский А. П., Цупров Ю. В.	
Профилактика и лечение гнойно-септических осложнений у больных острым холангитом .....	34
Гіленко І. О., Дем'янюк Д. Г., Горлачов М. І., Сакевич П. П., Крижановський О. А., Ляховський В. І., Шкурупій О. А., Діхтенко Т. Г., Ходатенко Р. О., Ханенко В. В.	
Діагностика та лікування псевдокіст підшлункової залози .....	35
Грубник В. В., Зайчук А. И., Бойко А. В., Герасимов Д. В.	
Лечение хронического панкреатита .....	36
Демидов В. М., Торбинський А. М., Клімент'єв І. М., Ціпов'яз С. В.	
Зміни рівнів гормональної секреції при гострому панкреатиті .....	37
Демидов В. М., Котік Ю. М.	
Застосування методу лазерної кореляційної спектроскопії з діагностичною метою у хворих на хронічний панкреатит .....	38
Десятерик В. І., Шаповалюк В. В., Котов О. В.	
Техніка повторних оперативних втручань з приводу деструктивного панкреатиту .....	39
Доценко Г. Д., Доценко Д. Г.	
Оценка некоторых причин летальности при остром панкреатите .....	40
Дуденко Г. И., Гузь А. Г., Петренко Г. Д., Гузь И. А.	
Хирургическое лечение непроходимости желчевыводящих путей опухолевой этиологии .....	41
Журов Ю. Э., Волошина И. Ю., Невзоров В. П., Журова Т. Э.	
Экспериментальное изучение влияния гиперхолестеринемии на камнеобразование в желчном пузыре .....	43
Журов Ю. Э., Головина О. А.	
Прогнозирование развития бактериального холангита у больных холелитиазом .....	44
Капшитарь А. В., Лушик А. В., Карпенко Л. А., Гайворонский Ю. Г.	
Ципрофлоксацин в профилактике гнойно-некротической фазы деструктивного панкреатита .....	44
Криворучко И. А., Тищенко А. М., Воробьев Ф. П., Сариян И. В., Смачило Р. М.	
Современные принципы диагностики и лечебной тактики при остром некротическом панкреатите .....	45
Кулачек Ф. Г., Хомко О. Й., Паляниця А. С., Білик І. С.	
Деякі гормональні порушення у хворих з панкреатитом .....	46
Лупальцов В. И., Дехтярук И. А., Сенников И. А.	
К вопросу хирургического лечения острого гнойного холангита у лиц пожилого и старческого возраста ...	47
Минин В. В., Хацко В. В., Куницкий Ю. Л., Греджев Ф. А., Мыслик Г. Г.	
Папиллосфинктеропластика в лечении хронических форм панкреатита .....	48
Ничитайло М. Е., Цегельник Г. Л., Скумс А. В.	
Эндолимфатическая терапия гнойного холангита при ятрогенных повреждениях и стриктурах желчевыводящих протоков .....	49
Ольшанецкий А. А., Беков А. Д., Яровой А. В., Ковешников А. В., Афонин Д. Н.	
Хирургическая тактика при лечении больных кистами поджелудочной железы .....	50
Паляниця А. С., Хомко О. Й., Івашук О. І., Карлійчук О. А.	
Оптимізація лікування неструктивних форм гострого панкреатиту .....	51
Попик М. П.	
Особенности лечебной тактики при холедохолитиазі, зумовленому гострим калькульозним холециститом у хворих віком понад 70 років .....	52
Радзиховский А. П., Бобров О. Е., Мендель Н. А., Зоргач В. Ю.	
Дифференциальная диагностика и лечение желтухи после холецистэктомии .....	53
Радзиховский А. П., Бобров О. Е., Хмельницкий С. И., Мендель Н. А., Зоргач В. Ю., Гречаний С. С.	
К вопросу о диагностике причин билиарной гипертензии .....	54
Сипливый В. А., Тесленко С. Н., Петренко Г. Д., Петюнин А. Г., Гузь А. Г.	
Хирургическое лечение деструктивного панкреатита .....	55
Титомир И. А., Скомаровский А. А., Бут И. А., Собко И. В.	
Холецистэктомия с использованием минилапаротомного доступа .....	56
Трутяк І. Р.	
Високі пошкодження позапечінкових жовчних протоків .....	57
Хацко В. В., Минин В. В., Тюрин И. В., Кузьменко А. Е., Кваша Ю. Е., Полулях И. Ф., Фариха М. К.	
Некоторые прогностические тесты холангита в отдаленном периоде после холецистэктомии .....	58
Цегельник Г. Л., Ничитайло М. Е.	
Эндолимфатическая терапия гнойного холангита и холангиогенных абсцессов печени .....	59
Чурпій К. Л., Василюк С. М.	
Зміни спектру сироваткового білка диск-електрофореграми в поліакриламідному гелі при синдромі обтураційного холестази і його хірургічному лікуванні .....	60
Шевченко С. И., Шалдуга В. Н., Дуденко В. Г., Лодяная И. Н., Шевченко Р. С., Анисимов А. А.	
Тактика, выбор операции при острых деструктивных панкреатитах .....	61

## ЗАБС

Абдурахим  
Ранняя ки  
Белозерце  
Федорчук  
Толстая  
Буценко В.  
К пробле  
Бойко В. І  
До питан  
Вільцянюк  
Перспект  
післяпер  
Винник Ю  
Функцион  
операций  
Гюльмаме  
Сфинктер  
Гюльмаме  
Некоторь  
Клімова О  
Імунний  
Кухто Г. К  
Симульта  
и диверт  
Куцик Ю.  
Шляхи о  
Логачев Е  
Выбор с  
Логачев Е  
К вопрос  
наружны  
Люлька И  
Програм  
Мамажан  
Ковалев І  
Інтраоп  
Мамажан  
Инфекци  
Мильдзих  
Денсито  
Перець І.  
Профіла  
при гост  
Радзихов  
Сравнит  
Саенко В  
Примене  
Самарец  
Диагнос  
Сегалов І  
Особенн  
Сулима Е  
Виконан  
Шальков  
Ишемия

## ЗАБ

Атаев С.  
Изменен  
у больн  
Бондаре  
Профил  
Винник І  
Коррекц  
травмир  
Волков Е  
Антиагр  
пораже  
Івашук С  
Оптиміз

## ЗАБОЛЕВАНИЯ КИШЕЧНИКА

..... 31	Абдурахимов С. М., Собиталиев О. Е., Симонов Н. Н., Гуляев А. В., Ковалев В. К., Гуламов Ф. Г.	
..... 32	<b>Ранняя кишечная непроходимость при хирургическом лечении рака прямой кишки</b> .....	63
	Белозерцев А. М., Томашевский Н. И., Ярощак В. В., Матвиенко А. И., Гюльмамедов П. Ф., Джеломанов С. К., Федорчук О. Н., Ксенофонтов С. С., Башмаков М. Н.	
..... 33	<b>Толстая кишка как пластический материал для тотальной эзофагопластики</b> .....	63
	Буценко В. Н., Тимофеев В. Д., Василенко Л. И., Семенов В. П., Ксенз В. И.	
..... 34	<b>К проблеме острой гинекологической патологии и острого аппендицита</b> .....	64
	Бойко В. В., Грома В. Г.	
..... 34	<b>До питания стану згортувальної системи крові у хворих з синдромом Маллорі-Вейса</b> .....	65
	Вільцянюк О. О., Геращенко І. І., Ошовський А. І.	
..... 35	<b>Перспективи застосування ентеральної антимікробної капсули для запобігання післяопераційного злукового процесу</b> .....	66
	Винник Ю. А., Котенко А. Е.	
..... 36	<b>Функциональное состояние замыкательного аппарата прямой кишки после сфинктеросохраняющих операций с интраоперационным криовоздействием</b> .....	67
	Гюльмамедов Ф. И., Лыков В. А., Полуниин Г. Е., Томашевский Н. И., Ярощак В. В.	
..... 37	<b>Сфинктеросохраняющие операции при «анальном раке»</b> .....	68
	Гюльмамедов Ф. И., Кухто Г. К., Томашевский Н. И., Ярощак В. В., Гюльмамедов П. Ф.	
..... 38	<b>Некоторые аспекты реконструктивных операций при заболеваниях и повреждениях прямой кишки</b> .....	69
	Клімова О. М., Грома В. Г.	
..... 39	<b>Імунний статус та білковий обмін у хворих з синдромом Маллорі-Вейса</b> .....	69
	Кухто Г. К., Томашевский Н. И., Ярощак В. В.	
..... 40	<b>Симультанные операции при раке толстой кишки на фоне хронического колостазы и дивертикулеза ободочной кишки</b> .....	70
	Куцик Ю. Б., Попик М. П., Вацеба Е. М., Приймич М. Е., Довганик Ю. І., Коваль А. І., Коник В. В.	
..... 41	<b>Шляхи оптимізації хірургічного лікування хворих гострою кишковою непрохідністю на фоні перитоніту</b> .....	71
	Логачев В. К.	
..... 43	<b>Выбор способа наложения цекстомы при ретроградной интубации тонкой кишки</b> .....	72
	Логачев В. К.	
..... 44	<b>К вопросу о целесообразности временной обтурации несформировавшихся наружных кишечных свищей</b> .....	73
	Люлько И. В., Самарец Э. Ф., Косульников С. О., Кадук В. К., Люлько В. И., Кравченко К. В.	
..... 44	<b>Программированная лапаростомия в комплексном лечении перитонита</b> .....	74
	Мамажанов Т. М., Абдулаев М. А., Абдурахимов С. М., Собиталиев О. Е., Симонов Н. Н., Гуляев А. В., Ковалев В. К., Гуламов Ф. Г.	
..... 45	<b>Інтраопераційні пошкодження мочевих органів при екстирпації прямої кишки по поводу рака</b> .....	75
	Мамажанов Т. М., Абдулаев М. А., Собиталиев О. Е., Гуламов Ф. Г., Симонов Н. Н., Гуляев А. В., Ковалев В. К.	
..... 46	<b>Инфекционно-воспалительные урогенитальные осложнения при лечении рака прямой кишки</b> .....	76
	Мильдзихов Г. У., Винник Н. Ф.	
..... 47	<b>Денситометрическая оценка микроциркуляторных нарушений в кишечной стенке при перитоните</b> .....	77
	Перець І. В., Кришень В. П., Барковська Л. В.	
..... 48	<b>Профілактика та шляхи зниження частоти післяопераційної летальності при гострій ранній непрохідності кишечника</b> .....	79
	Радзиховский А. П., Бобров О. Е., Мендель Н. А., Гречаный С. С.	
..... 49	<b>Сравнительная характеристика различных методов завершения лапаротомии при перитоните</b> .....	80
	Саенко В. Ф., Лаврик А. С., Адреецев С. А.	
..... 50	<b>Применение колец «VALTRAC» в хирургии</b> .....	81
	Самарец Э. Ф., Кадук В. К., Люлько В. И., Зеленина Л. В., Косульников С. О., Пархоменко С. Ф.	
..... 51	<b>Диагностика и лечение больных спаечной болезнью</b> .....	81
	Сегалов В. М., Артемов Ю. В., Древетняк А. А.	
..... 52	<b>Особенности клиники и диагностики острого аппендицита у больных шизофренией</b> .....	82
	Сулима В. П., Гапонов В. В.	
..... 53	<b>Виконання безшовного анального анастомозу для попередження постійних колостом</b> .....	84
	Шальков Ю. Л., Мильдзихов Г. У., Удербаяев Н. Н.	
..... 54	<b>Ишемия кишечной стенки как фактор несостоятельности кишечных швов</b> .....	85

## ЗАБОЛЕВАНИЯ СОСУДОВ

..... 56	Атаев С. Д., Атаева Э. С.	
..... 57	<b>Изменения центральной гемодинамики во время реконструкции брюшной аорты у больных пожилого и старческого возраста</b> .....	87
	Бондаренко И. Н., Пархоменко С. Ф., Алейник Д. В., Ущина С. В.	
..... 58	<b>Профилактика тромбоземболических осложнений у хирургических больных</b> .....	88
	Винник Ю. А., Георгиянц М. А., Калантай А. Н., Эфунуга Кунле.	
..... 59	<b>Коррекция панкреатического кровотока при интраоперационном травмировании поджелудочной железы у больных раком желудка</b> .....	89
	Волков В. И., Оразкулиева Л. Ч.	
..... 60	<b>Антиагреганты (тиквид и клопидогрель) в лечении атеросклеротических поражений сосудов нижних конечностей</b> .....	90
	Іващук С. І.	
..... 61	<b>Оптимізація лікування гострого венозного тромбозу глибоких вен нижніх кінцівок</b> .....	91

Оразкулиева Л. Ч., Лях А. В.	
<b>Применение серотонина адипината при атеросклеротическом поражении сосудов нижних конечностей</b> .....	92
Петренко Г. Д., Гузь А. Г., Дуденко Г. И., Гринченко С. В.	
<b>О хирургическом лечении больных с варикозной болезнью в стадии декомпенсации</b> .....	93
Процик І. Я., Василюк М. Д.	
<b>Хірургічне лікування гнійно-некротичних уражень верхніх і нижніх кінцівок з застосуванням довготривалої доартеріальної регіонарної інфузії</b> .....	94
Сухарев И. И., Ващенко М. А., Костылев М. В., Шафранский В. В., Влайков Г. Г.	
<b>Диагностика синдрома верхней полой вены</b> .....	95
Томин В. А., Савинов С. Г., Василас К. Н.	
<b>Катетеризация магистральной артерии по Сельдингеру в комплексном консервативном лечении хронической критической ишемии нижних конечностей</b> .....	96

## РАЗНОЕ

Андреещев С. А., Кондратенко П. Н., Стадильная Т. Е.	
<b>Лечение дивертикулов пищевода</b> .....	98
Белозерцев А. М., Ярошак В. В., Томашевский Н. И., Гюльмамедов П. Ф., Федорчук О. Н., Матвиенко А. И., Башмаков М. Н., Джеломанов С. К.	
<b>Способ гастростомии при рубцовом стенозе пищевода и желудка после химического ожога</b> .....	98
Брусницына М. П., Яновская Л. Г., Иванова Ю. Н.	
<b>Остеопороз и хирургические заболевания</b> .....	99
Вандер К. А., Бондаренко В. А.	
<b>Классификация способов питания хирургических больных</b> .....	100
Голетиани М. В., Бондаренко В. А.	
<b>Методика проведения энтерального зондового питания в раннем послеоперационном периоде</b> .....	102
Гринцов А. Г., Кравец В. М., Длугоканский Д. М., Песчанский Р. Е.	
<b>Торакоскопия при сочетанной травме груди и живота</b> .....	103
Грубник В. В., Пасечник В. В., Цепколенко В. А.	
<b>Эндоскопические операции в пластической и реконструктивной хирургии</b> .....	104
Дейнеко Т. С., Мухина Н. Н., Дорошенко О. Л.	
<b>Принципы организации хирургической помощи больным с тяжелой травмой груди</b> .....	106
Жерновая Я. С., Вержанський П. С., Анджеєвська В. А., Сміян С. А., Семенюк Л. Л., Сухарев А. Б.	
<b>Лікування вагітних жінок при жовчнокам'яній хворобі, що ускладнена жовтяницею</b> .....	107
Карташов С. М.	
<b>Хирургический компонент комплексной терапии распространенных форм рака яичников</b> .....	107
Клигуненко Е. Н., Рожко В. И., Сорокина Е. Ю., Скосарева Н. В.	
<b>Местная лекарственная терапия перфтораном гнойной хирургической инфекции у больных сахарным диабетом</b> .....	108
Криворучко И. А., Гусак И. В., Смачило Р. М.	
<b>Организационно-методологические аспекты лечения тяжелого сепсиса</b> .....	109
Кризина П. С.	
<b>Застосування «фероцеля» в лікуванні експериментальних опікових шкірних ран</b> .....	110
Кулачек Ф. Г., Казимірко М. З., Петрюк Б. В.	
<b>Ентеросорбція у лікуванні дітей з термічними ураженнями</b> .....	110
Лаврик А. С.	
<b>Реконструктивно-восстановительные операции при хирургическом лечении морбидного ожирения</b> .....	111
Лысенко Б. Ф., Шейко В. Д.	
<b>Особенности течения травматической болезни у пострадавших с политравмой</b> .....	112
Лупальцов В. И., Дехтярук И. А., Лях А. В.	
<b>Современные представления об использовании физических факторов в лечении гнойных ран</b> .....	113
Мендель А. К., Мендель Н. А.	
<b>Основные принципы оперативного лечения вросшего ногтя</b> .....	114
Мишалов В. Г., Храпач В. В., Балабан О. В., Алешина И. Г.	
<b>Опыт резэндопротезирования молочных желез</b> .....	115
Мишалов В. Г., Храпач В. В., Балабан О. В.	
<b>Результаты выполнения пластических эстетических операций</b> .....	116
Мухин И. В., Хацко В. В., Конопля П. П., Черняк Н. Ю., Светличный М. А., Гонтарь В. А.	
<b>Наш опыт хирургического лечения травм печени</b> .....	117
Переверзев А. С., Переверзев Ю. А.	
<b>Хирургия рака почки с метастазированием в лимфатические узлы</b> .....	118
Пилецкий А. М., Бобров О. Е., Кузнецова Л. В., Гришило П. В., Бучнев В. И., Шерметинский И. Н., Марков К. В.	
<b>Иммунотерапия при хронических обструктивных заболеваниях легких у хирургических больных</b> .....	119
Пішак В. П., Яромльчук С. Г.	
<b>Використання референтного матеріалу для контролю точності кількісного визначення сечовини в сироватці крові хворих з хірургічною патологією</b> .....	120
Подік О. П.	
<b>До лікування неспецифічного простатиту і уретеропростатиту</b> .....	122
Сердюк О. І.	
<b>Експериментально-психологічні кореляти психоемоційного стану хворих на хронічні соматичні захворювання</b> .....	122
Стариков В. И., Костенко А. А.	
<b>Опыт паллиативного лечения лимфостаза, сочетанного с болевым синдромом, у больных злокачественными новообразованиями различной локализации</b> .....	124

Ступаченко  
Наш опыт  
Тбилели С  
Действие  
Торбинська  
Комплекс  
Черний В.  
Ошибки в  
Чорна І. О  
Вплив пр  
при ран  
Шабашова  
Иммун  
послеоп  
Шалдуга Е  
Место оз  
полиорга  
Шевченко  
Лимфоци  
Ярошак В.  
Диагност  
при соче  
Яцына Г.  
Ожогова  
в услови  
Яшков Ю.  
Динамик  
после оп

## НОВ

Бондарен  
Новые с  
Вандер К  
Новое в  
Гринцов А  
Выбор с  
больным  
Грубник Е  
Способ  
Дудин А.  
Компьют  
Зайцев І  
Новый п  
острой с  
Зайцев І  
Хирурги  
Попов А.  
Изучени  
при пом  
Сипливы  
Новые а  
Сморжев  
Значени  
Хаджиев  
Экспери  
при леч  
Ягнюк А.  
Постваг

## ПРО

Белый В  
Тестовь  
в Укра  
Березни  
Шуляре  
Пробле  
Буценко  
К вопро  
Гринцов  
Тестовь

Ступаченко О. Н., Гюльмамедов С. И., Евич Ю. Ю., Дорошенко О. Л., Мухина Н. Н., Дейнеко Т. С.

92 **Наш опыт лечения больных с тяжелой торакоабдоминальной травмой за 20 лет** ..... 125

Тбилели С. М., Дмитриев Б. И., Кресюн В. И.

93 **Действие мембранопротектора литонита при гнойно-воспалительном процессе** ..... 126

Торбинський А. М.

94 **Комплексна терапія сепсису** ..... 127

Черний В. И., Кабанько Т. П., Смирнова Н. Н.

95 **Ошибки в лечении кислотно-аспирационного синдрома в ургентной хирургии** ..... 128

Чорна І. О., Лігоненко О. В.

96 **Вплив препарату «Вермілат для ін'єкцій» на стан захисних систем організму**

при рановому процесі в експерименті ..... 130

Шабашова Н. В., Фролова Е. В., Новаковский В. В.

97 **Иммуномодуляторы беталейкин и неовир в профилактике гнойно-воспалительных послеоперационных осложнений у больных с операбельными опухолями ЖКТ** ..... 131

Шалдуга В. Н., Анисимов А. А.

98 **Место озонотерапии и внутривенного лазерного облучения в комплексном лечении полиорганной недостаточности у послеоперационных больных** ..... 132

Шевченко С. И., Колесник В. П.

99 **Лимфоцитограмма при узловом зобе** ..... 133

Ярошак В. В., Белозерцев А. М., Томашевский Н. И., Лыков В. А., Беглова В. А.

100 **Диагностика и лечение закрытых поврежденных паренхиматозных органов брюшной полости при сочетанной травме** ..... 134

Яцына Г. С.

101 **Ожоговая болезнь: эпидемиология и клиничко-морфологические аспекты**

в условиях Харьковского региона ..... 135

Яшков Ю. И., Тимошин А. Д., Мовчун А. А., Оппель Т. А.

102 **Динамика снижения массы тела у больных морбидным ожирением после операции вертикальной гастропластики** ..... 136

## НОВОЕ В ХИРУРГИИ

Бондаренко В. А., Вандер К. А.

103 **Новые способы энтерального питания** ..... 138

Вандер К. А., Голетиани М. В.

104 **Новое в технике интубации тощей кишки при проведении энтерального питания** ..... 139

Гринцов А. Г., Нестеров Н. А., Мухина Н. Н., Дорошенко О. Л.

105 **Выбор способа трансплантации островковых клеток поджелудочной железы больным сахарным диабетом** ..... 140

Грубник В. В., Баязитов Н. Р., Беспалько Н. Н., Парфентьев Р. С.

106 **Способ лечения послеоперационных вентральных грыж** ..... 141

Дудин А. М., Шаталов А. Д., Евич Ю. Ю., Кузьменко А. Е.

107 **Компьютерные технологии в хирургической клинике: наш опыт** ..... 142

Зайцев В. Т., Беленький В. П.

108 **Новый подход к предупреждению рецидивного спайкообразования в хирургии острой фазы спаечной болезни брюшины** ..... 143

Зайцев В. Т., Цыганенко А. Я., Бойко В. В., Минухин В. В., Пархоменко К. Ю., Гордиенко А. В., Хацкилевич В. С.

109 **Хирургическое лечение больных с гнойными заболеваниями: новый путь решения проблемы** ..... 144

Попов А. Г., Кошельник Е. Л., Андронов Д. Ю.

110 **Изучение эффективности липосомных препаратов на модели острого разлитого гнойного перитонита при помощи метода лазерной корреляционной спектроскопии (ЛКС)** ..... 145

Сипливый В. А., Гринченко С. В., Дуденко Г. И., Гузь А. Г., Петюнин А. Г.

111 **Новые аспекты интенсивной детоксикационной терапии у больных с острым сепсисом** ..... 147

Сморжевский В. И.

112 **Значение новых хирургических технологий в лечении ишемической болезни сердца** ..... 148

Хаджиев О. Ч.

113 **Экспериментальное обоснование целесообразности применения серотонин-адипината при лечении язвенной болезни** ..... 149

Ягнюк А. И.

114 **Постваготомический гастростаз как проявление серотониновой недостаточности** ..... 149

## ПРОБЛЕМЫ ПОДГОТОВКИ СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКИХ ВУЗОВ

Белый В. Я., Панов Ф. И., Разумный П. К.

115 **Тестовый контроль в оценке профессиональной подготовки интернов-хирургов в Украинской военно-медицинской академии** ..... 151

Березницький Я. С., Перець І. В., Гапонов В. В., Кабак Г. Г., Семашко О. В., Сулима В. П., Кришень В. П., Шулярєнко М. М., Барковська Л. В.

116 **Проблеми підготовки інтернів з фаху хірургія** ..... 152

Буценко В. Н., Василенко Л. И., Семенов В. П., Тимофеев В. Д., Ксенз В. И.

117 **К вопросу преподавания хирургии на стоматологическом факультете** ..... 152

Гринцов А. Г., Хацко В. В., Мухин И. В., Колкин Я. Г., Дудин А. М., Лиховид Н. П., Минин В. В., Куницкий Ю. Л.

118 **Тестовый экзамен на кафедре факультетской хирургии как этап в подготовке будущих хирургов** ..... 154

<i>Десятерик В. І., Кривицький Ю. М., Агеєнко О. П., Шаповалюк В. В., Василенко Ю. І.</i>	
<b>Проблеми післядипломної підготовки хірургів в інтернатурі .....</b>	<b>155</b>
<i>Кондратенко П. Г., Соболев А. А., Хараберюш В. А., Васильев А. А.</i>	
<b>Некоторые аспекты постдипломного обучения специалистов-хирургов для зарубежных стран .....</b>	<b>155</b>
<i>Кризина П. С.</i>	
<b>Підготовка хірургів-інтернів на курсі топографічної анатомії і оперативної хірургії .....</b>	<b>156</b>
<i>Лігоненко О. В., Грін Л. В.</i>	
<b>Покращення якості підготовки студентів в хірургії .....</b>	<b>157</b>
<i>Лупальцов В. И., Сенников И. А., Сенникова О. Е.</i>	
<b>Специфика преподавания общего и специального ухода за больными на стоматологическом факультете .....</b>	<b>158</b>
<i>Мішалов В. Г., Остапюк Л. І., Храпач В. В.</i>	
<b>Варіант робочої навчальної програми з госпітальної хірургії .....</b>	<b>159</b>
<i>Поташов Л. В., Протасов А. А., Бубнова Н. А., Морозов В. П., Фигурин Т. Д., Тонэ Р. В.</i>	
<b>Принципы подготовки врачей-хирургов и педагогических кадров на кафедре общей хирургии .....</b>	<b>160</b>
<i>Соболев А. А., Васильев А. А.</i>	
<b>Синдромный метод преподавания хирургических болезней на выпускном курсе .....</b>	<b>161</b>
<i>Шевченко С. І., Шалдуга В. М., Сикал О. С.</i>	
<b>Актуальні питання підготовки хірургів-інтернів .....</b>	<b>162</b>

Сдано в набор 2.07.99. Подписано в печать 12.08.99.  
 Формат 60x84/8. Печать офсетная.  
 Бумага офсетная. Усл. печ. л. 19,53. Уч.-изд. л. 22,3.  
 Зак. 9-450. Тир. 500.

Издательство «Харків»  
 Харьков-37, Московский просп., 247.