

При «отвислом животе» трудности усугубляются. Конец троакара останавливается в пребрюшинной клетчатке, неоднократные же попытки пункций безуспешны и ведут к образованию кровоизлияний и гематом.

В дальнейшем, в хирургическом отделении КП «Городской клинической больницы № 2» г. Запорожья, являющимся базой кафедры общей хирургии ЗГМУ, у 38 пациентов с подозрением на неотложную хирургическую абдоминальную патологию выполнена минилапароскопия (МЛС) по одноположной методике О.С. Кочнева (1988). Сопутствующими заболеваниями страдали 35 (92,1%) пациентов.

АКО диагностировано у 18 (47,4%) пациентов. Мужчин было 2 (11,1%), женщин — 16 (88,9%). Возраст 54–93 года.

Результаты. В зависимости от величины индекса массы тела (ИМТ) пациентов распределены на две группы.

В I группу включили 6 (33,3%) пациентов с «избыточным весом» (ИМТ 25–28). У них при выполнении МЛС трудности, связанные с техникой исследования, не было.

II группу составили 12 (66,7%) пациентов с «ожирением» (ИМТ выше 28). Обильное отложение подкожной жировой клетчатки и утолщенные другие структуры передней

брюшной стенки не позволили ввести в брюшную полость стандартный троакар из-за его недостаточной длины. Применив разработанный способ МЛС (Патент Украины № 84486) у всех пациентов выполнили исследование и получили достаточный объем информации для определения дальнейшей лечебной тактики.

Во время МЛС у 7 (38,9%) пациентов диагностирован асептический панкреонекроз, у 3 (16,7%) — прободная язва двенадцатиперстной кишки, у 3 (16,7%) — острый гангренозный холецистит и у 1 (5,5%) — аппендицит, у 1 (5,5%) — разлитой гнойный перитонит, у 3 (16,7%) — закрытая травма живота (разрыв печени — 1, мочевого пузыря — 1, забрюшинная гематома — 1). Лапаротомия осуществлена у 11 (61,1%) пациентов, лечебная МЛС — у 7 (38,9%). Умерли 4 (22,2%) пациентов (абдоминальный сепсис — 1, инсульт с инфарктом миокарда — 1, инсульт — 1, флеботромбоз, тромбоэмболия легочной артерии — 1).

Заключение. Выявлены причины неудач введения первого троакара в брюшную полость при МЛС у пациентов с АКО. Разработанный способ МЛС позволяет выполнять исследование при любых степенях АКО, диагностировать неотложную абдоминальную хирургическую патологию и оптимизировать хирургическую тактику.

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ ТЕРМОМЕТРИЯ У ПАЦИЕНТОВ АБОРТИВНЫМ ПАНКРЕОНЕКРОЗОМ

Капшитарь А.В.

Запорожский государственный медицинский университет, г. Запорожье, Украина

Введение. Лапароскопическая диагностика abortивного панкреонекроза (АП) наиболее сложна, т.к. чаще представлена лишь косвенными признаками, которые встречаются и при других заболеваниях. Они наименее известны. Локальная лапароскопическая термометрия, по данным отдельных авторов, расширяет возможности метода, а повышение температуры на 0,5°C — считают признаком острого панкреатита.

Цель исследования: по результатам лапароскопической термометрии органов брюшной полости у здоровых лиц составить термометрическую карту и определить температуру абдоминальных органов у пациентов с АП.

Материал и методы. Лапароскопию выполняли аппаратом фирмы *Karl Storz* (Германия) по усовершенствованной методике *Kelling*. Полый манипулятор собственной конструкции вводили в точку *Goetrae*, лапароскоп — в левой нижней точке *Kalk*. Использовали электротермометр ТПЭМ-М Казанского медико-инструментального завода и сконструированный зонд с датчиком на конце для измерения температуры органов брюшной полости.

Результаты. На первом этапе исследования составили термометрическую карту абдоминальных органов у 10 здоровых лиц с подозрением на закрытую травму живота. При лапароскопической термометрии температура печени составила 37,5±0,20°C, желчного пузыря — 37,2±0,18°C, желудка — 37,2±0,19°C, двенадцатиперстной кишки — 37,2±0,17°C, круглой связки печени — 37,1±0,20°C, малого сальника — 37,3±0,20°C, большого сальника — 36,8±0,11°C, корня брыжейки поперечной ободочной кишки — 37,5±0,19°C, червеобразного отростка — 37,3±0,16°C, подвздошной кишки — 36,8±0,19°C, матки — 37,2±0,12°C, яичника — 37,3±0,18°C, маточной трубы — 37,1±0,12°C и слепой кишки — 36,5±0,13°C.

Во втором этапе исследования температура абдоминальных органов контактным способом лапароскопически определена у 27 пациентов с АП. Диагноз верифицирован на основании результатов клинических и биохимических исследований, ферментных маркеров, рентгенологических методов, УЗИ, ЭГДС, лапароскопии, показателей амиллазы в перитонеальном экссудате или смыве из брюшной полости. Температура печени при АП составила 37,4±0,14°C, желчного пузыря — 37,3±0,11°C, желудка — 37,1±0,20°C, двенадцатиперстной кишки — 37,3±0,11°C, круглой связки печени — 37,0±0,12°C, малого сальника — 37,7±0,13°C, большого сальника — 37,0±0,16°C, корня брыжейки поперечной ободочной кишки — 37,8±0,16°C, червеобразного отростка — 36,4±0,13°C, подвздошной кишки — 36,8±0,09°C, матки — 37,0±0,15°C, яичника — 37,2±0,15°C, маточной трубы — 36,8±0,17°C и слепой кишки — 36,5±0,13°C.

У здоровых лиц наиболее высокая температура диагностирована в печени (37,5±0,19°C) и корне брыжейки поперечной ободочной кишки (37,5±0,19°C), а наиболее низкая — в большом сальнике (36,8±0,11°C) и слепой кишке (36,5±0,13°C). Различия между представленными показателями статистически значимы. При АП наиболее высокая температура выявлена в корне брыжейки поперечной ободочной кишки (37,8±0,16°C) и малом сальнике (37,7±0,13°C), а наиболее низкая — слепой кишке (36,5±0,13°C) и червеобразном отростке (36,4±0,13°C).

Заключение. По результатам лапароскопической термометрии абдоминальных органов у здоровых лиц составлена термометрическая карта. Показатели температуры в корне брыжейки поперечной ободочной кишки 37,8±0,16°C и малом сальнике 37,7±0,13°C следует считать маркерами АП.

ИНФОРМАЦИОННАЯ ОЦЕНКА YOUTUBE ДЛЯ ИЗУЧЕНИЯ И ОБУЧЕНИЯ ГАСТРОИНТЕСТИНАЛЬНОЙ ЭНДОСКОПИИ И ЭНДОХИРУРГИИ

Калашников Н.А., Андрусык К.М.

Национальный военно-медицинский клинический центр «ГВКГ», г. Киев, Днепровский военный госпиталь, г. Днепродзержинск, Украина

Введение. Вопросы совершенствования преподавания и изучения гастроинтестинальной эндоскопии (ГИЭ) и эндоскопической хирургии (ЭХ) находятся в центре внимания международных эндоскопических ассоциаций (WEO, ESGIE, SAGES, SLS). С учетом этого, целесообразно изучение и оценка информационных возможностей *YouTube* для оптимизации изучения и обучения ГИЭ и ЭХ. Это подразумевает интенсификацию получения, передачи специальных медицинских знаний, компетентность и выработку качественных профессиональных навыков.

Цель работы: изучение и оценка информационных возможностей *YouTube* для оптимизации изучения и обучения ГИЭ и ЭХ.

Материалы и методы. Для решения поставленных задач с 10.09–30.10.2015 года нами в *YouTube* проведен тематический интернет-поиск по основным (23) запросам информации ГИЭ и ЭХ на русском и английском языках с их общей характеристикой, анализом информационной ценности и ранжированием количества. Учет количества ответов на запросы осуществлялся с применением трех фильтров — «видео», «весь период» и за «текущий год». С целью оптимизации поиска, изучения и хранения информации по ГИЭ и ЭХ использовали разработанную нами ее систематизацию. Для определения рейтинга ответов по их количеству на запросы в *YouTube* использовали ТОП–10. Оценку качества информации по ГИЭ и ЭХ проводили в *YouTube* по принципам оценки *HOncode* (*Health on the Net code*).

Результаты и их обсуждение. В результате проведенного поиска общее количество ответов на 46 запросов по ГИЭ и ЭХ составило 241106. Из них на русском — 25,85%, на английском языке — 74,15%. Соотношение по количеству ответов было 1:3. В ТОП–10 общее количество ответов на 20 запросов по теме ГИЭ и ЭХ составило 229870, из них на русском — 26,37%, на английском языке — 73,63% соотношение — также составило 1:3, поскольку в ТОП–10 вошло 95,33% ответов на 46 запросов (табл.1).

Выводы.

- Изучение и оценка медицинской видеoinформации *YouTube* позволяют считать его актуальным информационным ресурсом для изучения и обучения ГИЭ и ЭХ, а также обмена опытом применения традиционных и новых эндоскопических технологий.
- Ранжирование ответов в ТОП–10 (на 20 тематических запросов) определило их многочисленность и на их основе позволило конкретизировать цели поиска видеoinформации в *YouTube*, поскольку в ТОП–10 вошло 95,33% от общего количества ответов на 46 тематических запросов.

Таблица 1. ТОП–10 тематических источников видеoinформации по ГИЭ и ЭХ в *YouTube* при запросах на русском и английском языках

Содержание запросов информации по ГИЭ в <i>YouTube</i> на английском	Количество ответов на английском языке		Рейтинг ТОП–10	Количество ответов на русском языке		Содержание запросов информации по ГИЭ в <i>YouTube</i> на русском
	%	абс		%	абс	
Colonoscopy	40,35	68300	1	45000	74,23	лапароскопия
Laparoscopy	21,98	37200	2	3370	5,56	эндоскопическая абляция
Endoscopic ultrasonography	9,39	15900	4	3240	5,34	колоноскопия
Endoscopy of the stomach	9,28	15700	3	3150	5,2	гастроскопия
Endoscopic stenting	4,51	7640	5	2840	4,68	эндоскопия желудка
Gastrosopy	3,36	5680	6	1490	2,46	эндоскопия пищевода
Endoscopy of the esophagus	3,27	5530	7	576	0,95	капсульная эндоскопия
Endoscopy of the duodenum	2,91	4930	8	365	0,6	эндоскопическое стентирование
Capsule endoscopy	2,51	4240	9	299	0,49	эндоскопия двенадцатиперстной кишки
Endoscopic ablation	2,44	4130	10	290	0,48	NBI-эндоскопия
Всего ответов	100	169250		60620	100	

- Для эффективной работы в *YouTube* необходимо изучение и знание англоязычной эндоскопической терминологии и лексики, без которых познавательная и учебная ценность видеoinформации по ГИЭ и ЭХ резко снижается.
- В *YouTube* целесообразно использовать фильтры и целевой принцип работы по адресам эндоскопических и эндохирургических ассоциаций стран Европы и Америки, а также эндоскопических симпозиумов текущего года и прошлых лет.