

желчнокаменная болезнь и ее осложнения, у пациентов молодого и среднего возраста – употребление алкоголя и его суррогатов.

Результаты. Проведен анализ результатов лечения 193 пациентов с острым деструктивным панкреатитом. Лечение пациентов в стадии токсемии было преимущественно консервативным. Лапароскопия выполнялась при появлении или нарастании признаков ферментативного перитонита у 106 (54,9%) пациентов. Во время лапароскопии проводилась санация и дренирование сальниковой сумки, брюшной полости, с последующим перитонеальным диализом. У 36 из них данный объем операции дополнен наложением холецистостомы. При наличии желчной гипертензии и механической желтухи выполнялось чрескожное чреспеченочное дренирование желчного пузыря под УЗ-контролем. При формировании объемных образований в поджелудочной железе и парапанкреатической клетчатке также осуществлялась их пункция и дренирование под УЗ-наведением.

Выводы. Применение малоинвазивных вмешательств в сочетании с интенсивной антибактериальной, дезинтоксикационной и посиндромной терапией во многих случаях позволило отказаться от лапаротомий, уменьшить количество гнойных осложнений и снизить летальность при остром деструктивном панкреатите.

Литература:

1. Минушкин, О.Н., Масловский, Л.В./ Этиологические аспекты терапии хронических панкреатитов / Consilium Medicum : научная статья. – Москва: Медиа Медика, 2005. – Т. 7. – № 6.
2. Охлобыстин, А.В., Ивашкин, Т.В. /Алгоритмы ведения больных острым и хроническим панкреатитом / Consilium-Medicum : обзорная статья. – Москва: Медиа Медика, 2000. – Т. 2. – № 7

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ У ЖЕНЩИН ПОСЛЕ КОНСЕРВАТИВНОЙ МИОМЭКТОМИИ В АНАМНЕЗЕ

Астапович Т.Л., Кисель В.С.

Белорусский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра акушерства и гинекологии

Научный руководитель – канд. мед. наук, асс. Лапотко М.Л.

Цель исследования: изучить клинические особенности течения беременности и родов у женщин с консервативной миомэктомией в анамнезе.

Материалы и методы. На базе УЗ 1 ГКБ за период с 2008 по 2012 гг. был проведен ретроспективный анализ 62 историй родов женщин. Консервативная миомэктомия в анамнезе (основная группа – 33 (53,2%)) и женщины после кесарева сечения в сочетании с консервативной миомэктомией (контрольная группа – 29 (46,8%)).

Результаты исследования. Возраст беременных в основной группе составил от 29 до 36 лет, возраст женщин в группе контроля – от 27 до 40 лет. Исходя из данных акушерско-гинекологического анамнеза основной группы, было выявлено, что бесплодие отмечалось у 42,4% женщин до проведения консервативной миомэктомии, в группе контроля бесплодие не наблюдалось. Среди сопутствующей гинекологической патологии у пациенток основной и контрольной групп отмечались: эрозия шейки матки (14,5%), кольпит (29%), хронический аднексит (19,3%). Отягощенный акушерско-гинекологический анамнез: киста яичника (4,8%), искусственное прерывание беременности (30,6%) и невынашивание беременности (25,8%). В течение беременности у 17,2% женщин контрольной группы отмечался рост миоматозных узлов, в среднем миоматозный узел увеличивался на $2,2 \pm 1,5$ см за период беременности.

Продолжительность от проведения консервативной миомэктомии до наступления беременности составила от 6 мес. до 2 лет.

Осложненное течение беременности в основной группе в I триместре наблюдалось у 75,7% беременных. Наиболее часто встречалась угроза прерывания беременности (24,2%). Во II триместре – анемия легкой степени тяжести (12,1%). Осложнения беременности в III триместре наблюдались у 24,2% – гестоз легкой степени. В группе контроля наиболее частыми осложнениями течения беременности были: угроза прерывания беременности – 48,2%, гестоз на ранних сроках беременности – 27,6% и ХФПН – 20,7%.

Роды через естественные родовые пути у беременных основной группы – 12,1%. Операция кесарево сечение – 87,9%. Послеоперационный период протекал у всех женщин удовлетворительно.

Родились 62 здоровых ребенка. Оценка по шкале Апгар в среднем составила на 1-й минуте 7 баллов, на 5-й минуте – 7 баллов.

ТОКСИКОЛОГИЯ ОКСИДИ УГЛЕРОДА

Атьман А.В.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Военная кафедра

Научный руководитель - к.м.н., доцент Ивашин В.М.

Актуальность. Отравление окисью углерода является причиной многих смертей, и эту проблему нужно решать!

Цель исследования. Изучить влияние различных внешних и внутренних факторов на развитие патологических процессов и особенности течения интоксикации организма СО при установленных (или не установленных) условиях отравления.

Задачи и методы исследования. Проведён анализ 15 источников об интоксикации окисью углерода.

Результаты исследования. СО в чистом виде представляет собой бесцветный газ, не имеющий запаха, который легче воздуха. Он является продуктом неполного сгорания веществ, содержащих углерод. СО мало растворим в воде, на воздухе сгорает синим пламенем, превращаясь в двуокись углерода (СО₂). В чистом виде практически не встречается. Чаще – это смесь СО с другими газами, с различным содержанием.

Большая концентрация СО в водяном (до 50%) и генераторном (до 26%) газах. Этих концентраций достаточно для смертельного отравления человека в быту и на производстве, в салоне автомобиля с работающим двигателем и в гараже. Токсическая концентрация для человека СО в воздухе – 3×10^{-3} г/л в течение 1 часа. Его токсическое действие обусловлено тем, что СО, проникая в кровь человека, образует стойкое соединение с гемоглобином – карбоксигемоглобин (HbCO).

Было установлено, женщины более устойчивы к СО, чем мужчины (в частности это было выявлено и в экспериментах на животных – при одной и той же концентрации СО в воздухе погибало более 65% мышей-самцов и лишь немного более 30% – самок). Менее устойчивы к СО оказались пожилые люди. Часть авторов считает, что новорожденные и дети – более устойчивы к воздействию СО.

Лица с большой массой тела оказались более устойчивыми к действию СО. Были описаны случаи смерти плода при не смертельном отравлении СО беременной женщины.

Алкоголь способствует накоплению HbCO в крови и тем самым - развитию тяжелого отравления СО. В частности это доказано в экспериментах на собаках и мышах. А так же и многие другие внешние и внутренние факторы влияют на развитие патологических процессов и особенности течения интоксикации организма СО при установленных (или не установленных) условиях отравления.