

щают новые стороны повреждающего действия табачного дыма на организм человека, и в первую очередь на органы дыхания. Дым сигареты содержит около 200 вредных веществ, в том числе окись углерода, сажа, бензопирен, муравьиная, синильная кислоты, мышьяк, аммиак, сероводород, ацетилен и радиоактивные элементы. При сгорании табака образуется основной и дополнительный потоки дыма. В последнем вредных веществ значительно больше, чем в основном! Таким образом, в окружающую среду попадает токсических компонентов во много раз больше, чем в организм самого курильщика. Что обуславливает особую опасность пассивного курения для окружающих. Нарушение деятельности нервной системы приводит к расстройству функций сердечно-сосудистой системы и органов пищеварения. Отрицательно воздействует курение на умственную деятельность человека. Под его влиянием могут развиваться невриты, полиневриты, радикулиты. Нередко развивается склероз мозговых сосудов. Курение негативно влияет на дыхательную систему: может спровоцировать развитие бронхиальной астмы, рака легких, хронического бронхита, ларингита, эмфиземы легких. Табакокурение – это фактор риска развития хронической обструктивной болезни легких. С ним связывают развитие рака более чем в 80% всех случаев. Курение способствует быстрому изнашиванию и старению сердечно-сосудистой системы, развитию ишемической болезни сердца и инфаркта миокарда, гипертонической болезни и атеросклероза, облитерирующего эндартериита и других. Под влиянием курения изменяется желудочная секреция, повышается кислотность желудочного сока, что содействует развитию гастрита. Если при этом в желудке или двенадцатиперстной кишке развиваются сосудистые спазмы, то создаются благоприятные условия для развития язвы двенадцатиперстной кишки и желудка. Курение во время беременности влияет на внутриутробное развитие плода. Беременная женщина, которая курит, подвергает себя повышенному риску возможного выкидыша, рождения мертвого ребенка или ребенка с низкой массой тела. Риск развития рака легкого у детей зависит от курения родителей, в большей степени от курения матери. Курение способствует увяданию организма. На сегодняшний день табак служит причиной каждой десятой смерти среди взрослого населения в мире. 5 млн. человек в год умирает от болезней, связанных с курением. Согласно прогнозам, к 2020 году табак станет ведущей причиной смерти у 10 миллионов человек во всем мире. В целом, смертность среди курящих на 30-80% выше, чем у некурящих. Если не предпринять решительных мер, от курения погибнет как минимум каждый шестой гражданин нашей страны. Этого достаточно, чтобы понять что сигарета – реальная угроза нашему обществу, которой нужно незамедлительно объявить непримиримую войну.

Сикерич Т.В., Дервис А.И., Юшкевич А.С.

ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ТРУДНОСТИ ПРИ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТКЕ НЕЙРОИНФЕКЦИЙ НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

Научный руководитель: Васильев А.В., к.м.н., доцент

В течение 2011 года в инфекционном стационаре лечилось 57 больных с нейроинфекциями, что составило 0,95% от общего количества леченных в стационаре больных. В то же время эти пациенты составили 21,5% от числа больных, лечившихся в отделении интенсивной терапии. Тяжесть течения данной патологии и высокий риск летальности у больных этой группы определяет актуальность данного исследования. Цель исследования. Изучить клинко-лабораторные особенности, а также обстоятельства, определяющие проблемы в диагностике и дифференциальной диагностике нейроинфекций. Материал и методы. Статистически описательному методу подвергнуты истории 57 больных нейроинфекциями, находившимися на стационарном лечении в Гродненской областной инфекционной клинической больнице. Полученные результаты. Анализ полученных данных эпидемиологического анамнеза показал, что эпидемиологический анамнез чаще не является серьезным подспорьем в диагностке. Так, на факт укуса клещом указало только 13,4±4,8% больных с серозными менингитами (менингоэнцефалитами) в то время как окончательно клещевой энцефалит диагностирован в 22,2±7,0%. Отсутствие в эпидемиологическом анамнезе каких-либо предпосылок в пользу нейроинфекции отмечено в 67,3±6,6% случаев.

Только у $19,3 \pm 5,5\%$ в анамнезе имели место указания на контакт с лихорадящими больными. Оценка клинической картины заболевания на догоспитальном этапе позволяет заподозрить нейроинфекцию только в $75 \pm 6,1\%$ случаев. При оценке данных клинического обследования отмечено, что только у $53,9 \pm 7,0\%$ больных отмечена полная «менингеальная триада». Так, головная боль отмечалась в $93,2 \pm 3,9\%$ случаев, лихорадка у $94,3 \pm 3,3\%$ больных, рвота только у $48,1 \pm 7,0\%$ больных. При проверке менингеальной симптоматики отмечено отсутствие ригидности шейно-затылочных мышц у $34,6 \pm 6,6\%$ больных, сомнения в наличии ригидности отмечены врачами в $25,0 \pm 6,1\%$ случаев. Симптом Кернига был отрицателен в $30,8 \pm 6,5\%$ случаев и трактовался как сомнительный в $40,4 \pm 6,9\%$ случаев. Трактовка данных ликворологического исследования в $21,6 \pm 5,8\%$ случаев была затруднительна. При МРТ исследовании у $11,1 \pm 7,6\%$ обследованных поданной методике больных выявлены признаки органической патологии ЦНС, неопределенная трактовка данных МРТ возможна была в $16,7 \pm 9,0\%$ случаев, а в $27,8 \pm 10,1\%$ случаев заключение соответствовало норме и только в $44,4 \pm 12,1\%$ случаев данные МРТ трактовались в пользу нейроинфекции. При этом МРТ выполнялась в среднем на $3,32 \pm 1,0$ день. При серологическом и ПЦР-исследовании признаки ВПГ инфекции подтверждены у $6,0 \pm 3,3\%$ больных, в то время как лечение ацикловиром получали $36,6 \pm 6,7\%$ больных. Результаты исследования на ВПГ поступали на $3,4 \pm 0,4$ день пребывания больного в стационаре. Признаки энтеровирусной инфекции выявлены у $37,8 \pm 8,1\%$ обследованных больных, отказ в исследовании получен в $19,6 \pm 5,4\%$ случаев. Результаты исследования на энтеровирусную инфекцию были известны в среднем на $6,6 \pm 0,7$ день пребывания больного в стационаре. Таким образом, существует ряд объективных и субъективных факторов, затрудняющих диагностику и дифференциацию нейроинфекций.

Сильчук Н. А.

ЭНДОБИЛИАРНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА В ЛЕЧЕНИИ ВНЕПЕЧЕНОЧНОГО ХОЛЕСТАЗА

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

Научный руководитель: Милешко М.И., к.м.н.

В связи с прогрессирующим ростом гепатобилиарной патологии лечение больных с внепеченочным холестазом остается актуальной проблемой. Цель. Проанализировать результаты эндобилиарных вмешательств в лечении внепеченочного холестаза. Материалы и методы. Проведен анализ результатов обследования и лечения 104 больных с внепеченочным холестазом, находившихся на лечении в клинике общей хирургии Гродненского государственного медицинского университета с 2007 по 2011 годы. Больные разделены на 2 группы: I группа – 79 (75,96%) больных с механической желтухой, развившейся в результате доброкачественных заболеваний внепеченочных желчных ходов и поджелудочной железы, из них: холедохолитиаз – 66 пациентов (у 14 он сочетался с холангитом); хронический псевдотуморозный панкреатит – 10; стриктура дистального отдела холедоха – 2; изолированный стеноз большого дуоденального сосочка имел место у 1 больного. II группа – 25 (24,04%) больных с механическим холестазом, вызванным злокачественными опухолями панкреатобилиарной системы. Из них: рак поджелудочной железы – у 18 больных; рак терминального отдела холедоха – 2; рак желчного пузыря с распространением на гепатодуоденальную связку – 3; рак большого дуоденального сосочка – 2. На первом этапе лечения холестаза всем пациентам были выполнены декомпрессия и санация билиарного тракта. Лапароскопическая холецистостомия – 14 (13,5%), транспеченочной пункции желчного пузыря и его наружного дренирования хлорвиниловыми и силиконовыми микроиригаторами по Роуэру – 21 (20,2%), чрескожной чреспеченочной холецистостомии под ультразвуковым наведением – 61 (58,7%), микролапаротомии с холецистостомией – 8 (7,7%). Больным с признаками острой печеночной недостаточности в стадии декомпенсации наружное дренирование желчных ходов было выполнено в течение первых суток. Второй этап операции производился через 12-14 дней. Больным с механической желтухой в стадии субкомпенсации с целью уточнения диагноза и коррекции нарушений гомеостаза наружное отведение желчи могло быть отсрочено до 2 суток. Результаты. У больных I группы после формирования холецистостомы механическую желтуху удалось полностью купировать у 5 больных (внепеченочный холестаз у них был обусловлен панкреатитом). 69