

Для уменьшения дефектов кожи, мягких тканей лица и шеи больному неоднократно осуществлялась этапная пластика раневой поверхности местными тканями, а в области лба и теменной области выполнена компактостеотомия с последующей пластикой расщеплённым кожным лоскутом. Больной выписан под наблюдение хирурга по месту жительства 02.11.07. На момент выписки общий анализ крови: эритроциты –  $3,2 \times 10^{12}/л$ ; гемоглобин – 108 г/л; L –  $13,7 \times 10^9/л$ ; палочкоядерные нейтрофилы – 13, сегментоядерные нейтрофилы – 59, лимфоциты – 19, моноциты – 8, СОЭ – 53 мм/ч. Биохимический анализ крови, общий анализ мочи, ЭКГ, коагулограмма на момент выписки без особенностей, рентгенограмма органов грудной клетки в пределах возрастной нормы. Для дальнейшего этапного оперативного лечения больной не явился.

В заключение необходимо отметить, что в успешном лечении тяжёлых инфекций мягких тканей основную роль играет своевременная диагностика, адекватное оперативное пособие, рациональная антибактериальная терапия, полноценная интенсивная терапия, включающая нутриционную и иммунную коррекцию.

#### ***Литература:***

1. Шляпников, С. А. Хирургические инфекции мягких тканей – старая проблема в новом свете. / С. А. Шляпников // Инфекционная хирургия. – 2003. – № 1. – С. 14-22.
2. Сидоренко С. В., Инфекции в интенсивной терапии. С. В. Сидоренко, С. В. Яковлев // М. 2000 – 1004 С.
3. Насер, Н.Р. Хирургические инфекции мягких тканей. Подходы к диагностике и принципы лечения. // Н.Р. Насер, С.А. Шляпников // Антибиотики и химиотерапия. – 2003. – Том 48. – №7. – С.44-48.

## **СОСТОЯНИЕ ОБОНЯНИЯ ПОСЛЕ РИНОСЕПТОПЛАСТИКИ**

**Алещик И.Ч., Русакова А.И., Шелест Л.А.**

***УО «Гродненский государственный медицинский университет»***

**Актуальность.** Обонятельная система осуществляет восприятие и анализ химических раздражителей (запахов), находящихся во внешней среде и действующих на органы обоняния. Обоняние принимает активное участие в жизнедеятельности человека. При ее нарушении (снижении или отсутствии) качество жизни значительно ухудшается. Это имеет место при нарушении дыхания. Восстановление дыхания должно нормализовать обоняние.

**Цель:** определение обоняния у больных с нарушением носового дыхания и оценка состояния обоняния после оперативного лечения.

**Материалы и методы.** Была проведена количественная ольфактометрия с помощью настойки валерианы в разных разведениях (0,5%, 2%, 5%, 10%, 20%, 30%) у 20 пациентов в возрасте от 17 до 74 лет с заболеваниями полости носа и околоносовых пазух при поступлении и через 7 дней после операции. Исследование проводилось на базе оториноларингологического отделения ГОКБ за период с сентября по декабрь 2010 года. Для контроля была выбрана группа студентов количеством 20 человек в возрасте от 20 до 28 лет с нормальным носовым дыханием. Результаты количественной ольфактометрии оценивали следующим образом: первое число – уровень восприятия запаха (0 – не ощущает, 1 – ощущает, но не идентифицирует, 2 – ощущает и оценивает верно), второе число соответствует концентрации, на которой произошло ощущение запаха (30% – 0, 20% – 1, 10% – 2, 5% – 3, 2% – 4, 0,5% – 5).

**Результаты.** Среди обследованных было 16 (80%) мужчин и 4 (20%) женщины. Средний возраст составил  $33,9 \pm 4,3$  года. Средняя длительность заболевания –  $7,4 \pm 1,8$  года. На момент поступления в стационар жалобы на затруднение носового дыхания были у 17 (85%) чел., снижение обоняния – 4 (20%) чел., отсутствие обоняния – 2 (10%) чел.. Пациенты поступили с заболеваниями: острый синусит – 1 (5%), хронический полипозный синусит – 3 (15%), смещение носовой перегородки – 9 (45%) пациентов, хронический ринит 7 (35%) пациентов. Порог восприятия запахов в контрольной группе составил: 13 баллов – 1 (5%) чел., 14 баллов – 3 (15%) чел., 15 баллов – 6 (30%) чел., 21 балл – 2 (10%) чел., 22 балла – 1 (5%) чел., 23 балла – 6 (30%) чел., 24 балла – 1 (5%) чел.. Средний показатель –  $18,6 \pm 2,0$ . До операции у больных получены следующие результаты ольфактометрии: 0 баллов – 4 (20%) чел., 14 баллов – 6 (30%), 15 баллов – 9 (45%), 25 баллов – у 1 (5%) . Средний порог восприятия запахов –  $12,2 \pm 2,4$ . Имеет место достоверное повышение порога восприятия запахов в сравнении с контрольной группой ( $P < 0,05$ ). После проведенного лечения (риносеptoпластика, лазерная фотокоагуляция, полипозэтомидотомия) получены следующие результаты ольфактометрии: 0 баллов – 2 (10%) чел., 11 баллов – 1 (5%), 13 баллов – 3 (15%), 14 баллов – 3 (15%), 15 баллов – 9 (45%), 21 балл – 2 (10%) человека. Средний порог восприятия запахов –  $13,5 \pm 1,5$ . Отмечается недостоверное понижение порога восприятия запахов после операции в связи с сохраняющимся отеком слизистой полости носа. Необходимо провести обследование обоняния у данных пациентов после восстановления носового дыхания.

### **Выводы:**

1. Заболевания полости носа и околоносовых пазух приводят к повышению порога обоняния.
2. В результате оперативного лечения наблюдалось незначительное улучшение обоняния. Незначительность данного улучшения связана с наличием послеоперационного отека слизистой оболочки, который имел место на момент осмотра.

## **ПЕРВИЧНО-МНОЖЕСТВЕННЫЕ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫЕ ОПУХОЛИ С ЛОКАЛИЗАЦИЕЙ В ГОРТАНИ**

**Алещик И.Ч., Новицкая Н.С., Соломонова Т.В.**

*УО «Гродненский государственный медицинский университет»*

**Актуальность.** По данным белорусского канцер-регистра, у мужчин рак гортани составляют 3,6%. [1]. Проблема первичной множественности злокачественных опухолей (ПМЗО) давно привлекает внимание исследователей. Риск развития второй опухоли примерно в 1,3 раза выше, чем у лиц, ранее не имевших новообразований. Частота встречаемости ПМЗО в Европе варьирует в пределах от 18 до 25%. При ПМЗО с поражением гортани чаще поражается вестибулярный отдел, реже средний или несколько отделов [2].

**Цель работы:** изучить особенности первично-множественных злокачественных опухолей при локализации в гортани по Гродненской области.

**Материал и методы.** В исследование включены случаи ПМЗО с поражением гортани среди пациентов онкологического диспансера Гродненской областной клинической больницы, находившихся на лечении в период с 2004 по 2009 г. Изучена медицинская документация 30 больных (истории болезни, амбулаторные карты). Исследовали возраст, пол, место жительства, профессию, локализацию опухоли, длительность заболевания до верификации.

**Результаты.** Возраст пациентов находился в пределах от 49 до 81 года (средний возраст –  $63,3 \pm 2,6$  года). Болели достоверно чаще мужчины (29 (96,7%) мужчин и 1 (3,3%) женщина) ( $P < 0,05$ ) и жители города (городских – 66,7%, сельских – 33,3%) ( $P < 0,05$ ). По профессиональной принадлежности чаще болеют рабочие (26,7%), водители (16,6%), механизаторы (6,6%).

По срокам развития ПМЗО чаще встречаются метакронные (73,3%) процессы, синхронные – значительно реже (26,7%). Среди метакронного ПМЗО в 59,1% случаях первичной опухолью был рак гортани и в 40,9% случаях – рак другого органа. Срок появления