

3,5 недели) гликемия изменялась в пределах от 4,3 до 7,0 ммоль/л (средняя – 5,5), диастаза – от 18,8 до 115,5 (средняя – 62,8). У всех пациентов сахар в моче отсутствовал.

До проведения операции количество сахара в крови было превышено, причем уровень глюкозы превышал нормальные значения в 2-3 раза. Спустя сутки после резекции ПЖ количество глюкозы снизилось. Тенденция к снижению показателей отмечалась и в последующие дни. При ретроспективном анализе было замечено, что на фоне постоянного, равномерного уменьшения уровня глюкозы в послеоперационном периоде, наблюдается резкий «скачок» показателей на девятые сутки с последующим их снижением. Диастаза в дооперационном периоде была повышена. После резекции её уровень стал уменьшаться, но на девятые сутки отмечен резкий подъём. Коррекция показателей углеводного обмена в послеоперационном периоде проводилась путём инсулинотерапии. Дозы инсулина подбирались индивидуально, так как потребность в его назначении у всех пациентов различна. Некоторые больные обходились без инсулина.

Таким образом, компенсаторные возможности ткани ПЖ после резекции весьма вариабельны, и гликемические нарушения требуют индивидуальной коррекции. Частота пострезекционного сахарного диабета высока, но имеются случаи полной компенсации процесса.

МЕТОД РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ ПРОГРЕССИРУЮЩЕЙ СТЕНОКАРДИЕЙ НАПРЯЖЕНИЯ

Бабер С.И.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра пропедевтики внутренних болезней

Научный руководитель – доцент, к.м.н. Скренда А.С.

Для повышения эффективности восстановительного лечения больных ишемической болезнью сердца (ИБС) наряду с медикаментозной терапией все активнее применяются и немедикаментозные методы воздействия (В.М. Альхимович, 1995). Получены убедительные данные, свидетельствующие о том, что физические тренировки уменьшают частоту повторного инфаркта миокарда, снижают инвалидность и смертность, сокращают сроки временной нетрудоспособности. Под действием дозированных физических нагрузок улучшается кровоснабжение участков миокарда, находящихся в состоянии гипоксии, увеличивается экстракт кислорода из крови (Ф.З. Меерсон, 1988).

В работе изучались показатели велоэргометрии (ВЭМ) у 20 больных прогрессирующей стенокардией напряжения (ПСН), у 12 из них проводились велотренировки как один из методов физической реабилитации больных ИБС. Все больные получали базисную медикаментозную терапию (нитраты, β -блокаторы, калий-полярizing раствор).

ВЭМ проводили в первую половину дня натощак или не ранее чем через 2 часа после приема пищи. Утром, в день выполнения теста, больные не принимали лекарственных препаратов. Обследование проводилось в положении сидя на велоэргометре, выполнялась непрерывная ступенчато-возрастающая нагрузка с 25 Вт. Длительность выполнения каждой ступени составляла 3 минуты. В ходе тестирования осуществлялся контроль ЭКГ в отведениях по Небу в исходном состоянии, после каждой минуты степени нагрузки, а также на первой, третьей, пятой и седьмой минутах восстановительного периода.

Определялись следующие показатели: двойное произведение (ДП) или индекс Робинсона, пороговая мощность.

Контролируемые велотренировки начинались в среднем на 9-10 сутки от начала прогрессирования после стабилизации клинико-инструментальных показателей. велотренировки продолжались 10 дней, интенсивность их составляла 50% пороговой мощности и проводилась по методике, предложенной БелНИИ кардиологии. После чего проводилась повторная ВЭМ.

Исходные пороговая мощность и ДП у больных ПСН были сниженными в обеих группах, что свидетельствует о низкой толерантности к физической нагрузке.

После 9-10 - дневного лечения с включением велотренировок пороговая мощность увеличилась до $99,4 \pm 6,9$ Вт ($P < 0,05$), ДП – до $180,1 \pm 94$ ед. ($P < 0,05$).

Увеличение пороговой мощности, ДП указывает, что включение в комплексное лечение ПСН физических тренировок повышает толерантность к физической нагрузке.

В контрольной группе больных, получающих только медикаментозное лечение, показатели ВЭМ не изменились.

Таким образом, отмечено повышение толерантности к физической нагрузке у больных ПСН с велотренировками и отсутствие его у данных больных без велотренировок. Вышесказанное свидетельствует, что 9-10 - дневные велотренировки положительно влияют на функциональное состояние сердечно-сосудистой системы у больных ПСН и они могут применяться как реабилитационные мероприятия у данных больных.

АНАЛИЗ ЛЕТАЛЬНЫХ ИСХОДОВ ПРИ ОСТРОМ ГНОЙНО-НЕКРОТИЧЕСКОМ ПАНКРЕАТИТЕ

Бабер С. И.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь.

Кафедра общей хирургии

Научный руководитель- аспирант Колешко С.В.

Заболеваемость острым панкреатитом как в Беларуси, так и за рубежом неуклонно растет и составляет от 8 до 12% в структуре заболеваний экстренной абдоминальной хирургии, стойко занимая 3 место. Доля пациентов с деструктивными формами острого панкреатита составляет 15-58%. При этом прогноз при деструктивных формах весьма серьезный, летальность, в зависимости от распространенности некроза, составляет 20- 45%. Таким образом, проблема острого панкреатита является в настоящее время одной из важнейших как в медицинском, так и в социальном плане для всех стран мира.

Цель исследования состоит в проведении ретроспективного анализа результатов лечения больных с тяжелыми формами острого деструктивного панкреатита.

Материал и методы. С 1999 по 2006гг. в клинике общей хирургии находилось на лечении 2652 больных с острым панкреатитом. Из них хронический рецидивирующий панкреатит был диагностирован у 1059 (39,9%), острый - у 1593 (60,1%). Среди пациентов с острым панкреатитом, некротический панкреатит установлен у 99 (6,2%) больных в возрасте от 28 до 84 лет, при этом мужчин было 84 (84,8%), женщин 15 (15,2%). Среди этиологических факторов развития острого некротического панкреатита у лиц пожилого и старческого возраста преобладала желчекаменная болезнь и ее осложнения (23,2%), у пациентов молодого и среднего возраста – употребление алкоголя и его суррогатов (76,8%). Поскольку успех лечения напрямую зависит от сроков госпитализации в стационар, нами установлено, что в