

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

течение первых суток от начала заболевания было госпитализировано 23 (23,3%) пациента, от 24 до 48 часов- 34 (34,3%) и позже двух суток- 42 (42,4%). Все больные госпитализировались в отделение реанимации, где проводилась интенсивная консервативная терапия.

Результаты и их обсуждение. У 70 (70,7%) больных в связи с наличием ферментативного перитонита выполнялась лапароскопическая санация и дренирование брюшной полости, у 39 (55,7%) из них была сформирована декомпрессионная холецистостома. У 19 (19,2%) пациентов пожилого и старческого возраста с отягощенным анамнезом выполнялось чрезкожное чрезпеченочное дренирование желчного пузыря под УЗ-контролем. В связи с развитием гнойных осложнений у 29 (29,3%) больных возникли показания к лапаротомии. В послеоперационном периоде продолжалась интенсивная инфузионная терапия, включающая дезинтоксикационную и посиндромную терапию. Умерло 11 пациентов, послеоперационная летальность составила 37,9%. Без оперативного вмешательства умерло 12 пациентов, летальность составила 17,1%.

При аутопсии изменения в миокарде были выявлены в 18 случаях- 78,3%, поражения легких отмечены в 20 случаях- 86,9%, печеночная недостаточность выявлена у 15 пациентов- 65,2%, поражение почек наблюдалось у 17 пациентов- 73,9%.

Заключение. Таким образом, наиболее значимыми факторами, влияющими на результаты лечения больных гнойно-некротическим панкреатитом, являются распространенность некроза поджелудочной железы и клетчатки забрюшинного пространства, своевременность оперативного пособия, сопутствующая патология и осложнения со стороны систем жизнеобеспечения, а также сроки предоперационного и догоспитального периодов.

АРИТМИИ У ДЕТЕЙ (СТРУКТУРА И ЭТИОЛОГИЯ В 2005-2007 ГОДАХ)

Багдевич Е.А., Торчило Н.Н.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра педиатрии №2

Научный руководитель – доцент, к.м.н. Лашковская Т.А.

Нарушения сердечного ритма у детей столь же многообразны, как и у взрослых, могут быть врожденными и приобретенными [1, 2]. Данные о распространенности аритмий у детей немногочисленны и часто противоречивы [1].

Основной целью данного исследования явилось изучение структуры и этиологии нарушений ритма у детей.

Проанализированы медицинские карты 60 детей в возрасте от 7 дней до 17 лет, находившихся на лечении в Гродненской областной детской клинической больнице в 2005-2007гг. Мальчиков среди обследованных было 34 (56,7%), девочек -26 (43,3%).

По возрасту дети с нарушениями ритма сердца распределились следующим образом: с 7 дней до 1 года – 8 (13,5%), с 1 года до 3 лет – 8 (13,5%), с 3 до 6 лет - 3 (5,0%), с 7 до 10 лет – 13 (21,6%), с 11 до 17 лет – 28 (46,7%).

Анализ результатов исследования показал, что в 42 (70,0%) случаях аритмии встречаются у детей, проживающих в городской местности. Лидирующее место среди нарушений ритма сердца занимает экстрасистолия - 28 (46,7%); на втором месте пароксизмальная суправентрикулярная тахикардия 12 (20,0%); на третьем месте синдромы предвозбуждения желудочков – 8 (13,3%). Реже у детей диагностировались следующие аритмии: синдром дисфункции синусового узла у 3 детей, парасистолия у 2 детей, врожденная АВ-блокада I степени у 2, полная блокада правой ножки пучка Гиса