

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

у 2, АВ-диссоциация у 1 ребенка, синдром удлинения интервала QT у 1, синусовая брадикардия у 1 ребенка.

При изучении причин нарушений ритма сердца у каждого четвертого ребенка (25,0%) выявлены малые аномалии развития сердца (пролапс митрального клапана I степени, ложные хорды левого желудочка, функционирующее овальное окно). У детей старшего возраста причиной нарушения ритма сердца явилась вегетативная дисфункция с исходной ваготонией – 15,0%. Неревматический миокардит диагностирован у 3 детей; врожденный порок сердца (вторичный дефект межпредсердной перегородки) у 2 детей; хроническая миокардиодистрофия у 2; постмиокардитический кардиосклероз у 1 ребенка в возрасте 13 лет. У 12 (12,0%) детей установить причину нарушения ритма сердца не удалось.

Выводы:

1. Нарушения ритма сердца чаще диагностируются у детей, проживающих в городской местности, и манифестируют в подростковом возрасте.
2. Лидирующее место среди аритмий у детей занимают экстрасистолии, суправентрикулярная пароксизмальная тахикардия и синдромы (феномены) предвозбуждения желудочков.
3. У каждого четвертого ребенка причиной нарушения ритма являются малые аномалии развития сердца.

Литература:

1. Лебедькова С.Е., Евстигнеева Г.Ю., Дарвиш А.А., Говорун З.А. Распространенность нарушений ритма сердца и проводимости у новорожденных, как одного из клинических вариантов синдрома дезадаптации сердечно-сосудистой системы / Анналы аритмологии, 2005. - №2. – С. 163.
2. Мутафьян О.А. Аритмии сердца у детей и подростков. – СПб.: Невский диалект, 2003. – 224с.

АКТИВНОСТЬ ФОСФАТАЗ В ПЕЧЕНИ ПРИ АЛКОГОЛЬНОМ АБСТИНЕНТНОМ СИНДРОМЕ

Байчук Е.А.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра биологической химии

Научный руководитель – к.б.н., доцент Леднева И.О.

В патогенезе алкоголизма важную роль играет повреждение клеток печени. Отмена алкоголя после длительной алкоголизации способствует накоплению ацетальдегида и других метаболитов, обладающих повреждающим действием, что является дополнительным фактором, влияющим на активность ферментов. Кислая и щелочная фосфатазы (КФ и ЩФ) выполняют в печени функции, связанные с процессами трансфосфорилирования и обеспечением работы фосфатно-буферной системы. Имеются данные о повышении активности щелочной фосфатазы у больных с алкогольным делирием [1].

Целью данного исследования явилось изучение активности фосфатаз в печени крыс при моделировании алкогольного абстинентного синдрома.

Эксперименты были выполнены на белых беспородных крысах самцах массой 180-200 г. Животные были разделены на 5 групп по 6-8 крыс. Алкогольный абстинентный синдром (ААС) вызывали внутрижелудочным (в/ж) введением этанола по Майхровичу. 25%-й раствор этанола вводили 2 раза/сутки по 5 г/кг массы тела в течение 5 сут. Контрольная группа крыс (I группа) получала 0,9% раствор NaCl в/ж, дважды в сутки, в течение 5 сут. Декапитацию крыс проводили через 3 часа (II группа),