

соответственно ($P < 0,05$).

Аналогичные статистически достоверные изменения наблюдались и со стороны других параметров КТФ крови. SvO_2 увеличилось с $9,11 \pm 0,63\%$ об% до $11,5 \pm 0,9$ об% ($P < 0,05$) и повышение, SvO_2 с $41,9 \pm 3,1\%$ до $54,5 \pm 3,9\%$, а $p50$ станд. возросло с $27,4 \pm 0,21$ мм.рт.ст. до $29,05 \pm 0,3$ мм.рт.ст., способствуя более полной диоксигенации крови в тканях. Изменились и острота зрения, и функциональные параметры органа зрения (с $0,35 \pm 0,014$ до $0,59 \pm 0,004$; $P < 0,001$), расширилось поле зрения (с 392 ± 20 до 495 ± 10 ; $P < 0,001$), уменьшилось время адаптации глаза к темноте на $15,0 \pm 0,04\%$; $P < 0,05$. У курящих больных отсутствовали аналогичные изменения показателей КТФ крови в процессе лечения, в том числе и не реализовался адаптивный сдвиг кривой диссоциации оксигемоглобина вправо.

Выводы:

1. Применение кавинтона у больных ВМД улучшает традиционную терапию данного заболевания путем снижения сродства гемоглобина к кислороду и улучшения диффузии кислорода в ткани.

2. Курение при МД препятствует полноценному сдвигу кривой диссоциации оксигемоглобина вправо, что ухудшает процессы отдачи кислорода в тканях и снижает эффективность лечения.

ОЦЕНКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ МАГНИТНО-РЕЗОНАНСНОЙ ТОМОГРАФИИ В ЛЕЧЕНИИ ДЕСТРУКТИВНОГО ПАНКРЕАТИТА

Безмен И.А.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра хирургических болезней №1

Научный руководитель – д.м.н., профессор К.Н. Жандаров

Основной проблемой лечения острого деструктивного панкреатита (ОДП) является ранняя и объективная оценка площади поражения самой поджелудочной железы (ПЖЖ) и прилежащей к ней клетчатки. Определение оптимального варианта и сроков лечения этих больных

является весьма актуальной проблемой.

Цель. Выработать четкие критерии оценки площади поражения, улучшить результаты лечения больных ОДП на основании тапографо - анатомической схемы поражения ПЖЖ и забрюшинной клетчатки (ЗК). Исходя из объема поражения сформулировать прогноз течения заболевания.

Материалы и методы. На протяжении 2005-2006 гг. в хирургической клинике ГОКБ г. Гродно находился на лечении 51 больной ОДП. Диагностика заболевания была основана на клинических проявлениях, результатах ультразвукового обследования (УЗИ) и магниторезонансной томографии (МРТ), а также методах интраоперационной диагностики и аутопсии.

Оценивая распространенность поражения ЗК при МРТ использовали следующую схему: забрюшинное пространство (ЗП) условно делили на IV анатомические области. I – область ограничена ПЖЖ, парапанкреатической клетчаткой, полостью большого сальника, II – область, когда патологический процесс охватывает ЗК вплоть до диафрагмы слева, III – область, когда в патологический процесс вовлекается забрюшинная клетчатка по левому боковому каналу с паранефральной клетчаткой слева, IV - поражается область ЗП справа по боковому каналу с вовлечением в патологический процесс паранефральной клетчатки.

Результаты. Дренирование и удаление секвестров осуществляли в максимально поздние сроки при полном отторжении некротизированных тканей. Во избежание развития аррозивного кровотечения нельзя запаздывать с оперативным лечением, т.к. развиваются эрозивно-язвенные процессы желудочно-кишечного тракта с профузными кровотечениями (7), дистрофия миокарда (5), дистресс синдром (15), что нередко приводит к летальному исходу.

Выводы:

1. Улучшение результатов лечения больных с ОДП достигается

ранней госпитализацией, своевременной диагностикой и началом лечебных мероприятий.

2. Консервативная терапия показана при стерильном панкреонекрозе. При распространенности процесса поражения забрюшинной клетчатки на площади более 3 областей и явлениях перитонита целесообразно выполнение лапароскопических и пункционно-дренажных вмешательств под ультразвуковым контролем. При этом дренирование полостных образований и забрюшинной клетчатки без признаков инфицирования должно сводиться к минимуму, т.к. эти дренажные операции неизбежно приводят к инфицированию дренируемых образований.

3. Прогноз заболевания при поражении 2 областей при ОДП относительно благоприятный, при большем распространении процесса – неблагоприятный, ввиду резко возрастающей токсемии и высокой степени вероятности гнойно-некротических изменений в забрюшинной клетчатке.

4. Инфицированный ОДП, подтвержденный клинικο-томографическими и пункционными исследованиями, является абсолютным показанием к хирургическому лечению.

ПОРАЖЕНИЕ ТИМУСА КАК КЛЮЧЕВОЕ ЗВЕНО ПАТОГЕНЕЗА ВТОРИЧНЫХ ИММУНОДЕФИЦИТОВ ПРИ ВРОЖДЕННЫХ ВИРУСНЫХ ИНФЕКЦИЯХ

Беловешкин А.Г.

Белорусский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра патологической анатомии

Научный руководитель – к.м.н., доцент А.И.Герасимович

Цель работы – показать патогенетическую роль поражения тимического эпителия в возникновении, развитии, исходе врожденной вирусной инфекции, разработать способ оценки состояния системы иммунитета путем морфометрического анализа тимуса. Особо выделена врожденная цитомегаловирусная инфекция (вЦМВИ).