

В 1 группе у трех обследованных порог восприятия составил 3 балла. Средний показатель в группе составил $1,75 \pm 0,27$ балла. Во 2 группе ни у одного из обследованных порог восприятия ни составил 4 балла. Средний показатель в группе составил $0,67 \pm 0,45$ балла. Погрешность объясняется малым количеством обследованных во второй группе.

Выводы. 1. Предложенная методика количественной ольфактометрии достоверна, доступна к использованию в любых медицинских учреждениях.

2. Нарушение дыхания достоверно снижает обоняние.

3. Наличие анатомических дефектов не влияет на функцию обоняния, при условии, что носовое дыхание не затруднено.

ПАНКРЕОНЕКРОЗ: ПРОФИЛАКТИКА И КОРРЕКЦИЯ ПОЛИОРГАННОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

Дубровщик А.В., Янковская А.Г., Патонич В.А., Жимайло А.С.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра общей хирургии

Научный руководитель – д.м.н., профессор О.И.Дубровщик

В настоящее время отмечается увеличение больных деструктивными формами острого панкреатита (ОП), на долю которого приходится 18,4-32,4%. Летальность остается достаточно высокой – 7-12% - общая и 35-85% - при инфицированных панкреонекрозах.

Представляло интерес провести анализ результатов лечения больных с панкреонекрозами и оценить возможности профилактики и коррекции полиорганной недостаточности. В клинику общей хирургии с 1999г. по 2006г. госпитализировано 2652 больных панкреатитом. Хронический панкреатит (ХП) диагностирован у 1059 (39,9%), острый у 1593 (60,1%), при этом 99 (6,2%), из них лечились по поводу острого панкреонекроза (ОПН). При анализе историй болезни установлено, что мужчин было – 84 (84,8%), женщин 15 (15,2%) в возрасте от 28 до 84

лет. В стадии асептического некроза лечилось 70 (70,8%) больных, в стадии инфицированного панкреонекроза 29 (29,2%). Комплексное лечение ОПН в фазе токсемии проводится с учетом полиэтиопатогенетического характера панкреонекроза, в связи с чем проведен анализ причин развития этой тяжелой патологии. Установлено, что среди пациентов пожилого и старческого возраста основной причиной ОПН явилась желчекаменная болезнь (ЖКБ) и ее осложнения (23,2%), у пациентов молодого и среднего возраста – употребление алкоголя и его суррогатов (76,8%). Успех лечения больных с ОПН зависит от сроков госпитализации: до 24 часов от начала заболевания поступило 23 (23,3%), до 48 часов – 34 (34,3%), и позже 48 часов – 42 (42,4%).

Все больные госпитализированы в отделение реанимации для проведения интенсивной консервативной терапии. Для устранения болевого синдрома использовали анальгетики, наркотики, спазмолитики. Всем пациентам производили субкисфоидальные или параумбиликальные блокады, у 78 (78,8%) выполнены пролонгированные перидуральные блокады. Экстракорпоральные методы детоксикации включали: УФОК (86), ВЛОК (213), гемосорбций (с/2), плазмаферезы (15), гемофильтраций (8) (с 2002г.). Снижение секреторной активности поджелудочной железы достигалось применением овомина, гордокса, контрикала, сандостатина и др. Проводили профилактику и лечение гнойных осложнений (антибактериальная терапия), коррекцию иммунной недостаточности, воздействие на кислотообразующую и ферментативные реакции желудка, заместительную терапию органных дисфункций (ИВЛ, инотропная поддержка, парентеральное питание). У 59 больных острым геморрагическим панкреонекрозом и ферментативным перитонитом выполнена лапароскопическая санация и дренирование сальниковой сумки, брюшной полости, с последующим перитониальным лаважем; у 40 из них, с желчной гипертензией и

симптомами механической желтухи, выполнено чредакожное чредапеченочное дренирование желчного пузыря под УЗ контролем и у 28, дополнительно, произведена пункция и дренирование жидкостных образований в сальниковой сумке и парапанкреатической клетчатке. Показания к лапаротомии, в связи с инфекционными осложнениями, возникли у 29 (29,3%) больных. Объем оперативных вмешательств включал: вскрытие и дренирование гнойников, удаление свободно лежащих секвесторов поджелудочной железы, марсупиализацию и дренирование гнойных полостей и сальниковой сумки. Отдельно, по показаниям, дренировали парапанкреатическую и забрюшинную клетчатку. У 13 из них операция была завершена формированием лапаростомы. Общая летальность при остром панкреонекрозе составила 26,4%, из 29 пациентов с инфекционными осложнениями панкреонекрозом умерло 11, послеоперационная летальность составила – 37,3%.

АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКАЯ ЗАЩИТА У ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА ПРИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ

Дубровщик А.В.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь
Кафедра общей хирургии

Научный руководитель – д.м.н., профессор О.И. Дубровщик;
зав. отделением анестезиологии и реаниматологии Г.Б.Брейдо

В задачи анестезиолога при ЛХЭ у пациентов пожилого и старческого возраста входит минимизация интра- и послеоперационных осложнений, провоцируемых особенностями данного вида операций состоящих в следующем: положительном давлении в брюшной полости, перераспределении крови, ограничении экскурсионной способности легких, компрессии сердца в сочетании с уменьшением притока крови, охлаждении большой поверхности