

Оценка клинического статуса проводилась при поступлении и на 10 день стационарного лечения.

Результаты и обсуждение. Эффективность нейромидина наблюдалась при всех нозологических формах поражения нервной системы: болезни Мари-Фуа-Алажуанина, алкогольной и диабетической полинейропатии, компрессионно-ишемической полинейропатии верхних и нижних конечностей, острой демиелинизирующей полинейропатии, вертеброгенной радикулоишемии, синдроме Толоза-Ханта. Выраженное улучшение от приема этого препарата отмечено у больных с вертеброгенной радикулоишемией и острой демиелинизирующей полинейропатией. Независимо от введенной дозы нейромидина, у пациентов наблюдалось быстрое и значительное восстановление двигательной активности, чувствительности на фоне положительной динамики показателей электронейромиографии. Хорошая переносимость препарата и выраженный клинический его эффект способствовали выздоровлению больных, сокращали сроки лечения и пребывания этих пациентов в стационаре.

Таким образом, применение нейромидина эффективно при всех нозологических формах заболеваний нервной системы, но наибольший клинический эффект отмечен у больных с поражением периферической нервной системы.

Литература.

1. Доброхотова Т.А. Применение амиридина в лечении больных с черепно-мозговой травмой: метод. рекомендации. – М., 2000. - С. 8.
2. Новиков А.В., Солоха О.А. Нейропатическая боль: обзор по материалам журнала The Lancet /Неврологический журнал, 2000 - № 1.- С. 56-61.
3. Парпалей И.А., Головченко Ю.И., Калищук-Слободин Т.Н. Применение нейромидина в комплексной терапии заболеваний периферической нервной системы /Украинский вестник психоневрологии.- 2003.- N 1. - С. 59-63.

ОТДАЛЕННЫЙ РЕЗУЛЬТАТ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАТОЛОГИЧЕСКОГО ОЖИРЕНИЯ

Дубровская Е.В., Ранжева О.А.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра хирургических болезней № 1

Научный руководитель – д.м.н., профессор Батвинков Н.И.

Около одного миллиарда людей в мире страдает патологическим ожирением, которое многих из них обрекает на мучительные физические и психические страдания.

Как и при ряде других заболеваний, при неэффективности консервативного лечения показано хирургическое вмешательство.

Начало бариатрической хирургии относится к 1954 году, когда Kremen и Linnear было выполнено первое тоще-подвздошное шунтирование. В 1970 году итальянский хирург Scopinago выполнил операцию билиопанкреатического шунтирования. Hess в 1988 г. модифицировал операцию Scopinago (билиопанкреатическое шунтирование с исключением двенадцатиперстной кишки). В 1980 году E.E. Masson произвел вертикальную гастропластику желудка. Gomez E. в 1981 году впервые применил в практике горизонтальную гастропластику. Силиконовый внутрижелудочный баллон (SIB) был разработан F.C. Gau в содружестве с компанией INAMED Development Corporation (IDC) в 1980 году. В 1993 г. американские хирурги A.Witgrave L. Clark выполнили первую операцию лапароскопического шунтирования желудка. В 1999г в США M. Garner выполнил одну из модификаций билиопанкреатического шунтирования лапароскопически. Таким образом, существует 3 методики снижения

веса при операциях: мальабсорбтивные, рестриктивные и комбинированные. В мировой практике накопился определенный опыт выполнения бариатрических операций. Однако в нашей республике операции по поводу данного заболевания производятся исключительно редко [Г.П. Рычагов, 1998].

Приводим наше наблюдение. Больная З., 35 лет, поступила в хирургическую клинику по поводу патологического ожирения 4 степени. При росте 170 см масса тела пациентки составляла 160 кг. Больна около 15 лет, многократно проходила курсы лечебного голодания, принимала биологически активные добавки к пище «Herbalife», кодировалась. Однако результат был отрицательным, присоединились одышка и слабость при незначительной физической нагрузке. После тщательного обследования больная 14.12.1990г. подверглась оперативному вмешательству. Выполнено бандажирование желудка в сочетании с еюноилеошунтированием, при этом тонкокишечный анастомоз наложен, отступя 35 см от слепой кишки. Послеоперационных осложнений не было. Через 4 месяца больная обратилась в клинику в связи с образованием избытка кожных складок по типу отвислого живота, обусловленных резким снижением массы тела (до 90 кг). 12.04.1991 произведена дермолипэктомия на животе. Через год (06.12.1991) после первой операции выполнена дермолипэктомия в области обоих бедер.

Больная обследована в условиях клиники через 16 лет. Операцией довольна, режим питания не соблюдает. Масса тела 110 кг. В связи с наличием желчнокаменной болезни 6.12.2006 выполнена лапароскопическая холецистэктомия без осложнений. Приведенное наблюдение свидетельствует о том, что операции создания малого желудочка и тощеподвздошного шунтирования позволяют достичь желаемого лечебного и косметического эффекта, так как при данной операции используется сразу два механизма снижения веса – рестриктивный и мальабсорбтивный. Данная операция может более широко применяться практикующими хирургами нашей республики.

Литература:

1. Рычагов Г.П. Сбор трудов: Редкие и труднодиагностируемые заболевания в практике хирурга / Г.П. Рычагов, П.М. Назаренко; Бел. Гос. Мед. Ун-т. – Минск, 1998. – с.184 -185.

КОЛИЧЕСТВЕННОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ОБОНЯНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ИСКРИВЛЕНИЕМ НОСОВОЙ ПЕРЕГОРОДКИ

Дубровская Е. В., Алещик М.И.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра оториноларингологии, офтальмологии и стоматологии

Научный руководитель: доцент, к.м.н. Алещик И. Ч.

Для количественного исследования обоняния мы использовали принцип ольфактометра Elsberg – Levi с принудительной подачей пахучих веществ. В качестве пахучего вещества использовали настойку валерианы в концентрации от 0,5% до цельной настойки.

Цель работы: количественная оценка обоняния у больных с искривлением носовой перегородки.

Материал и результаты исследования.

Объектом для исследования послужила оценка клинических данных 15 студентов с нормальным носовым дыханием (1 группа) и 30 больных с искривлением носовой перегородки. Больные были разделены на 4 группы: с односторонним затруднением носового дыхания (2 группа), с двусторонним затруднением носового дыхания (3 группа), с односторонним отсутствием носового дыхания (4 группа), без