

Научный руководитель – к.м.н., доцент А.В. Раков

Суточное мониторирование электрокардиограммы у больных ИБС показало, что примерно половина эпизодов депрессии сегмента ST у таких больных не сопровождается болью в груди. В связи с этим, целью нашей работы явилась оценка эффективности препаратов из различных групп - антагонистов кальция (изоптин), а также бета-блокаторов (атенолол) - для устранения нарушений ритма и антиангинальной терапии у больных ИБС с безболевым ишемией миокарда. Проведена обработка данных исследований 55 больных ишемической болезнью сердца. По результатам проведенных исследований больные были разделены на четыре основные группы: 1-я - больные с безболевым ишемией миокарда (12 человек); 2-я - больные с ишемией миокарда в сочетании с болевыми ощущениями (22 человека). В обеих группах был использован изоптин в средней суточной дозе - 160 мг. 3-я - больные с безболевым ишемией миокарда (10 человек); 4-я - больные с ишемией миокарда в сочетании с болевыми ощущениями (11 человек). В обеих группах был использован атенолол в средней суточной дозе - 150 мг.

Установлено, что в 1-й группе достоверно уменьшилась степень депрессии сегмента ST под влиянием курсового лечения изоптином. В третьей группе (безболевая ишемия) под влиянием лечения бета-блокатором были выявлены значительные положительные достоверные сдвиги: уменьшилось среднее и максимальное число сердечных сокращений за сутки; сократилось число приступов ишемии и суммарная суточная ее продолжительность; значительно уменьшилась максимальная депрессия сегмента ST. В четвертой группе (болевая ишемия) кроме уменьшения числа приступов и общей длительности ишемии других сдвигов не выявлено.

**КОМПЛЕКСНАЯ ДИАГНОСТИКА И ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ**

# **ОСТРОЙ СПАЕЧНОЙ ТОНКОКИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ**

**Марина Т.П., Чижевская Н.В.**

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра хирургических болезней № 2 с курсом урологии

Научный руководитель – д.м.н., доцент С.М. Смотрин

Хирургическое лечение острой спаечной непроходимости кишечника остается одной из сложных и нерешенных проблем в экстренной абдоминальной хирургии. Это обусловлено, в основном, неудовлетворительными результатами лечения больных, которые являются следствием ошибок диагностики и осложнений самого оперативного вмешательства.

Цель исследования. Изучить результаты хирургического лечения больных спаечной кишечной непроходимостью и оценить эффективность применяемых в клинике лечебно-диагностических мероприятий.

Материал и методы исследования. Проведен анализ результатов лечения 36 больных, которые были оперированы в хирургическом отделении больницы скорой медицинской помощи г. Гродно. Из них мужчин было 16 (44,4%), женщин 19 (55,5%). В возрасте до 60 лет было 30 больных (83,3%), старше 60 лет – 6 больных (16,7%). Все больные ранее были оперированы по поводу острых и хронических заболеваний органов брюшной полости, открытых и закрытых травм живота. В первые 6 часов с момента начала заболевания поступило 20% больных, через 12 часов – 40% больных, в течение первых суток – 82% больных.

Диагностика спаечной кишечной непроходимости проводилась на основании клинических методов исследования и рентгенологического обследования больного (обзорная рентгенография грудной клетки и изучение пассажа бария по желудочно-кишечному тракту). Классические признаки спаечной кишечной непроходимости мы

наблюдали у 82% больных. Чаши Клойбера были выявлены рентгенологически во всех случаях наблюдения. У 12 больных при поступлении имели место признаки странгуляционной кишечной непроходимости, в пяти случаях наблюдались признаки распространенного перитонита.

Больные спаечной кишечной непроходимостью с явлениями странгуляции подверглись оперативному вмешательству в первые 2 часа с момента поступления. Во всех остальных случаях был проведен комплекс консервативных мероприятий, направленных на разрешение непроходимости (введение спазмолитиков, декомпрессия верхних отделов пищеварительного тракта, постановка клизм, коррекция волевых нарушений). Оперативное лечение было выполнено больным, которым разрешить кишечную непроходимость консервативно не удалось.

Объем оперативного вмешательства определялся интраоперационно. В 80% случаях ограничились висцеролизом, который позволил устранить кишечную непроходимость, 7 больным была выполнена резекция участка кишки с наложением тонкокишечного анастомоза, в 1 случае после резекции кишки операция завершена концевой илеостомой. В 3 случаях декомпрессию тонкой кишки осуществляли путем постановки интестинального зонда. При резекции кишки декомпрессия осуществлялась открытым способом после энтеротомии. В послеоперационном периоде умерла 1 больная (2,7%).

## **КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ПОСЛЕ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ**

**Мармыш В.Г.**

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра общей хирургии

Научный руководитель – к.м.н., доцент И.Т.Цилиндзь

С целью изучения качества жизни после операции был анкетирован 381 пациент, перенесший холецистэктомию. Из них у 240 операция