

Что же влияет на отношение молодых людей к наркотикам? Ответы школьников и учащихся медучилища схожи: наибольшее влияние - школа, друзья, в меньшей степени - семья, СМИ. Студенты же ставят на первое место СМИ и семью. Однако, более половины опрошенных во всех возрастных группах в качестве первого источника информации о наркотиках и наркомании назвали СМИ, затем кино-видео продукцию и друзей.

Таким образом, употребление ПАВ вызвано не одной какой-либо изолированной причиной, а совокупностью причин и условий действовавших в разное время и при разных обстоятельствах. Однако важно знать какие факторы оказывают наибольшее влияние в конкретных условиях. Очевидно, что на распространённость наркотических средств среди молодёжи влияют район проживания, возраст, уровень образованности, а так же конкретные социальные и психологические факторы.

ОСТРАЯ МЕЗЕНТЕРИАЛЬНАЯ ИШЕМИЯ И ИНФАРКТ КИШЕЧНИКА: ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ТАКТИКА НА ДООПЕРАЦИОННОМ ЭТАПЕ

С.А. Климук

Научный руководитель – д.м.н., профессор *А.А. Баешко*
Белорусский государственный медицинский университет

Острое нарушение брыжеечного кровообращения (ОНБК) и его следствие – инфаркт кишечника (ИК) встречается у 1-2 из 1000 (0,2%) больных с экстренной хирургической патологией органов брюшной полости. Поздняя и, как правило, неточная диагностика вследствие незнания хирургами и врачами общей практики основных признаков острой мезентериальной ишемии, факторов риска её развития и алгоритма диагностики являются причинами стабильно высокой летальности, достигающей 80-100%.

Нами были проанализированы истории 346 пациентов с верифицированным диагнозом ОНБК, среди них у 44,8% был установлен тромбоз брыжеечных артерий и чревного ствола, у 25,7% - эмболия верхней брыжеечной артерии (ВБА), у 6,9% - венозный тромбоз, у 6,6% - неокклюзионная артериальная ишемия, у 4,3% - тромбоваскулиты. В 11,6% наблюдений тип ОНБК установлен не был. В процессе анализа учитывались: анамнестические данные, симптоматика, результаты физикальных и лабораторных методов исследования, «маски» заболевания, послужившие причиной диагностических ошибок, семиотика, специфичность и чувствительность дополнительных диагностических методов.

У 30% больных была диагностирована о.кишечная непроходимость, 28% - о.аппендицит, 18% - о.панкреатит, 8% - о.холецистит, 7% - перитонит неясной этиологии, 4% - прободная язва 12-перстной кишки, 3% - болезнь Крона, 1% - инфаркт миокарда и 1% - другие заболевания.

Основные жалобы: боль в животе в 92% случаев, тошнота и/или рвота в 70%, частый стул – в 35%, кровь в каловых массах – в 15%, рвота «кофейной гущей» - в 9% случаев. Объективно и по результатам лабораторных исследований установлено: в 96% наблюдений тахикардия, в 75% лейкоцитоз, в 62% вздутие живота, в 62% увеличение гематокрита, в 53% повышение АД, в 52% положительные перитонеальные симптомы, в 41% глюкозурия, в 36% отсутствие перистальтики («гробовая тишина»), в 31% усиление перистальтики, в 30% температура тела более 37^оС. У 95% больных в анамнезе были заболевания, позволяющие отнести их к группе риска развития ОНБК и ИК.

Применялись следующие методы исследования: обзорная рентгенография брюшной и грудной полости у 84,7% больных, УЗИ органов брюшной полости у 24,8%, дуплексное сканирование у 3,2%, ангиография у 6,4%, компьютерная томография у 4%.

Изменениями, выявляемыми рентгенографически, были: в 73% случаев одиночные либо множественные чаши Клойбера, в 48% - пневматизация кишечных петель, в 27% -

замедление пассажа бариевой взвеси, в 20% - утолщение (отёчность) кишечной стенки, в 12% случаев пневматизация кишки сочеталась с наличием свободного газа в брюшной полости. В 38% наблюдений изменения не обнаруживались.

При УЗИ органов брюшной полости у 26% обследуемых установлено наличие свободной жидкости в брюшной полости, у 22% - расширение просвета кишки, у 16% - ускоренная пери-

стальтика и жидкость в просвете кишечника. Изменений не выявлено в 58% наблюдений.

Дуплексное сканирование у всех обследуемых выявило нарушения кровотока в ВБА.

При ангиографическом исследовании были верифицированы тромбозы и эмболии ВБА (36,4% и 31,8% соответственно). В 31,8% наблюдений на основе отрицательного заключения и с использованием дополнительных данных был выставлен диагноз неокклюзионной ишемии.

При рентгеновской компьютерной томографии (линейной и радиальной) было установлено утолщение кишечной стенки в среднем на 8 мм, пневматизация петель кишечника, тромбы в просвете сосудов (артерий и вен), газ и жидкость в брюшной полости. Специфичность исследования была максимальной среди всех методов и составила 90%.

На основе полученных данных был составлен алгоритм обследования больного с подозрением на ОНБК и ИК.

ВЛИЯНИЕ РАННЕГО ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ЭНТЕРАЛЬНОГО ПИТАНИЯ НА ТРОФИЧЕСКИЙ СТАТУС БОЛЬНЫХ, ОПЕРИРОВАННЫХ ПО ПОВОДУ ОСТРОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ РАЗЛИЧНОГО ГЕНЕЗА

С.В. Коротков

Научные руководители – д.м.н., профессор *В.В. Кирковский*,

д.м.н., профессор *С.И. Третьяк*

Белорусский государственный медицинский университет

Известно, что одним из важных звеньев в комплексном лечении больных, оперированных по поводу острой кишечной непроходимости, является адекватная нутритивная поддержка организма [1,2,3].

В связи с этим, цель нашего исследования - улучшить результаты лечения больных, оперированных по поводу илеуса различного генеза, за счёт адекватного обеспечения организма пластическими и энергетическими субстратами с использованием методики раннего послеоперационного энтерального питания.

Материалы и методы. В качестве препаратов для раннего послеоперационного энтерального питания использовались элементарные смеси, которые вводились непосредственно в тощую кишку [1,2,3].

С целью ускорения сроков начала раннего послеоперационного энтерального питания использовались энтеропротекторы (озонированные и гипербарические физиологические растворы, глютамин, аргинин, 3-омега жирные кислоты, N-ацетил-L-цистеин), улучшающие функционально-метаболическое состояние тонкой кишки [1,2,3].

Исследования проводились в 2-х группах больных, оперированных по поводу острой кишечной непроходимости. Контрольную группу составили 38 больных, которым во время операции проводилась назоинтестинальная интубация с помощью 3-х просветного зонда с целью декомпрессии и коррекции внутрикишечного статуса. Основную группу составили 25 больных, у которых в комплексном лечении наряду с декомпрессией и коррекцией внутрикишечного статуса, применялась методика раннего послеоперационного энтерального питания с коррекцией функционально-метаболического статуса тонкой кишки энтеропротекторами.

У больных исследовали: всасывающую способность тощей кишки по d(+)-ксилозе, общий и биохимический анализ крови, общий анализ мочи, лейкоцитарный индекс интоксикации по методике Каль-Калифа, уровень средних молекул по методике В.М. Моина и соавт.. Трофический статус контролировали по альбумину, трансферрину, абсолютному числу лимфоцитов.

Результаты. Использование раннего послеоперационного энтерального питания способствовало более ранней нормализации трофического статуса; так уровень альбумина к 5-м суткам в основной группе составил $33,4 \pm 1,1$ г/л (в контрольной – $27,5 \pm 0,9$ г/л), уровень трансферрина к 5-м суткам – $1,8 \pm 0,09$ г/л (в контрольной – $1,3 \pm 0,081$ г/л), уровень лимфоцитов к 5-м суткам – 1600 ± 135 (в контрольной – 1400 ± 195). Так же отмечалась более ранняя нормализация общего и биохимического анализов крови, улучшение общего состояния больных, снижение уровня эндотоксикации, уменьшение частоты осложнений и сроков пребывания в стационаре.