

По характеру хирургического лечения больные разделены на 3 группы:

- первая группа — 32 пациента, которым была произведена операция лапаротомия, некрэктомия поджелудочной железы, санация и дренирование сальниковой сумки;
- вторая группа — 34 больных, им лечение было дополнено проведением в послеоперационном периоде 2–4 этапных санаций;
- третья группа — 18 больных, которым была произведена лапароскопическая санация сальниковой сумки.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

В первой группе, у 18 (56,3 %) пациентов объем оперативного вмешательства оказался достаточным, в 14 случаях вследствие прогрессирования деструктивного процесса и нарастания эндогенной интоксикации на 5–7 сутки были произведены повторные операции. Средний срок лечения составил 47 койко-дней, летальность 21,9 % (7 больных).

Во второй группе плановые этапные санации в области патологического процесса позволили уменьшить явления эндогенной интоксикации, своевременно удалить вновь образовавшиеся некротические ткани. Это позволило сократить средние сроки лечения до 32,4 койко-дня и снизить летальность до 14,7 % (5 больных).

В третьей группе 11 больным были произведены повторные санационные лапароскопии, что позволило купировать воспалительный процесс и создать условия для благоприятного исхода заболевания. 7 пациентам, из-за отсутствия лечебного эффекта от проведенных ранее манипуляций, были произведены лапаротомии с санацией и дренированием сальниковой сумки и брюшной полости. Средний срок лечения у больных данной группы составил 31,5 койко-дня, летальность 22,2 % (4 больных).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В лечении деструктивных форм панкреатита с субтотальным и тотальным поражением поджелудочной железы тактически обоснованным является применение программированных санаций сальниковой сумки и брюшной полости. Относительно раннее купирование воспалительного процесса, снижение эндогенной токсемии позволяют сократить сроки стационарного лечения и снизить летальность.

Б.О. Дугаржапов, В.С. Хамнагдаев, М.А. Дугаржапова, А.М. Хунхинов, А.Л. Урбатов, А.В. Павлов

ОПЫТ НАРУЖНОГО ОРОШЕНИЯ ЭПИКАРДА 0,75% НАРОПИНОМ ВО ВРЕМЯ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ИБС НА РАБОТАЮЩЕМ СЕРДЦЕ

Республиканская клиническая больница им. Н.А. Семашко (Улан-Удэ)

Цель: оценить эффективность применения 0,75% наропина, способом наружного орошения эпикарда после перикардотомии, с целью уменьшить аритмогенное механическое воздействие на сердце.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Проанализированы операции аортокоронарного и маммарокоронарного шунтирования на работающем сердце с применением вакуумного эпикардального стабилизатора миокарда «Ostopus» фирмы «Medtronic». Нами исследованы 45 пациентов в возрасте от 50 до 65 лет.

Больные были разделены на 2 группы, 20 и 25 человек соответственно.

Вводную анестезию проводили мидазоламом, фентанилом, миоплегию ардуаном в расчетных дозировках. Поддержание анестезии осуществляли моноанестезией диприваном 5 мг/кг в час или в комбинации с севофлюраном 0,25–1,5 МАК, аналгезия фентанилом 5–7 мкг/кг в час.

I группе профилактически вводился лидокаин, при необходимости бревиблок с целью уменьшить возникновение желудочковых нарушений ритма во время ревизии коронарных артерий и наложения стабилизатора миокарда.

II группе проводилось наружное орошение сердца 0,75% наропином 10–15 мл после фиксации листов перикарда к ранорасширителю.

РЕЗУЛЬТАТЫ

В I группе, несмотря на профилактические меры у 70 % пациентов отмечались желудочковые экстрасистолы в 10 случаях, пароксизм желудочковой тахикардии у 3 пациентов и в одном случае фибрилляция желудочков.

Во II группе желудочковые нарушения ритма наблюдались у 2 пациентов и проявлялись единичными желудочковыми экстрасистолами.

ВЫВОДЫ

Применение эпикардального наружного орошения 0,75% наропином при операциях аортокоронарного шунтирования и маммарокоронарного шунтирования без искусственного кровообращения с применением стабилизаторов миокарда значительно снижает частоту возникновения механически индуцированных аритмий.

К.П. Дулганов, Г.Д. Цыбденов, А.Г. Цыбденов

РАК ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Республиканская клиническая больница им. Н.А. Семашко (Улан-Удэ)

Злокачественные опухоли предстательной железы относятся к категории новообразований, для которых характерен активный рост заболеваемости и являются одной из наиболее важных проблем современной онкоурологии. Данная проблема так же актуальна и в Республике Бурятия, где ежегодно отмечается неуклонный рост заболеваемости данной онкопатологией.

Нами проведен анализ статистических данных о заболеваемости и смертности больных раком предстательной железы (РПЖ) на территории республики Бурятия.

Заболеваемость РПЖ в Бурятии по сравнению с общероссийскими показателями остается относительно невысокой. В грубых и стандартизованных показателях на 100 тыс. населения заболеваемость РПЖ за последние годы в Бурятии и по России в целом составила 6,71 и 19,01 («грубый» показатель на 100 тыс. населения) и 7,30 и 15,34 (стандартизованный показатель на 100 тыс. населения соответственно). По данным показателям население Бурятии болеет РПЖ в 2–2,5 раза меньше чем по России в целом. За период с 1993 по 2001 гг. заболеваемость злокачественными новообразованиями предстательной железы в Республике Бурятия возросла с 4,70 до 6,10. Мировой стандартизованный показатель составил с 6,70 до 7,30 на 100 тыс. населения соответственно. Пик заболеваемости раком простаты приходится на возрастную группу мужчин старше 70 лет.

«Грубые» и стандартизованные показатели летальности от РПЖ в Бурятии так же ниже чем в среднем по России и составляют за последние годы 10,39 (РФ – 10,39) и 6,70 (РФ – 8,48) соответственно.

Отмечается неудовлетворительно низкая выявляемость РПЖ в республике на ранних стадиях заболевания. У основной массы больных (69,2 %), которым впервые в жизни установлен диагноз рака простаты, уже имеется III стадия заболевания. По-видимому, этим во многом обусловлена высокая летальность больных РПЖ в Бурятии на первом году жизни с момента установления диагноза. Данный показатель составляет по Бурятии 50 % и превышает средне российский в 1,7 раза. Так же это во многом зависит и от малодоступности широким слоям населения республики современных антиандрогенных препаратов.

Основными видами лечения, применяемыми при РПЖ в республике, остаются хирургическое вмешательство, антиандрогенные препараты и лучевые методы лечения.

Внедрение в практическую деятельность врачей-урологов республики трансуретральной резекции предстательной железы и определения опухолевого маркера предстательной железы – простато-специфического антигена значительно расширила лечебно-диагностические возможности при лечении РПЖ и его осложнений.

Таким образом, заболеваемость РПЖ и смертность от данного заболевания на территории республики Бурятия остаются наиболее актуальными проблемами для онкоурологов. Поздняя выявляемость и высокие показатели смертности от рака простаты являются мотивацией для привлечения внимания организаторов здравоохранения к этой проблеме и разработке мер по улучшению оказания помощи больным этой категории. Сегодня общепризнанным методом диагностики РПЖ является трансректальная мультифокальная пункционная биопсия предстательной железы под УЗ-наведением. Данный метод в республике не проводится в виду отсутствия оборудования, что не может считаться оправданным. Причины относительно более низкой заболеваемости РПЖ в Бурятии окончательно не выяснены и являются перспективным направлением для дальнейшего исследования в области эпидемиологии и национально-этнических особенностей РПЖ в Бурятии.