

3. Chudace K.G. Thermography in observation of therapy of deep venous thrombosis // Ces. K. Radiol. — 1980. — Vol. 34, N 4. — P. 239 — 242.

4. Fujimasa Y. Diagnosis of vascular disorders and thermography // Nippon. Pins. K. — 1979. — Vol. 37, N 1. — P. 166 — 170.

С.В. Куликов ¹, А.Н. Плеханов ², А.И. Товаршинов ²

АНАЛИЗ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ОСТРОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТЬЮ ЗА 2005–2009 ГГ., ПО ДАННЫМ НУЗ ОКБ НА СТ. УЛАН-УДЭ

¹ Бурятский государственный университет (Улан-Удэ)

² Отделенческая клиническая больница на ст. Улан-Удэ (Улан-Удэ)

Цель исследования: оценить состояние данной проблемы в современной хирургии; провести анализ уровня заболеваемости ОКН по данным 2-го хирургического отделения НУЗ ОКБ на ст. Улан-Удэ; выявить зависимость тяжести заболевания от возраста пациентов.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Были обработаны истории болезней пациентов, находившихся на оперативном лечении во 2-м хирургическом отделении Отделенческой клинической больницы на ст. Улан-Удэ в период с 2005 по 2009 гг. Проведена оценка тяжести состояния больных по шкале АРАСНЕ II в день поступления в стационар.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

За выбранный период в НУЗ ОКБ было пролечено 48 пациентов с острой кишечной непроходимостью различного генеза. Отмечено преобладание толстокишечной непроходимости над тонкокишечной в соотношении 62,5 к 37,5 %. Это объясняется тем, что рак толстой кишки, явившийся основной этиологической причиной развития кишечной непроходимости, преобладает над частотой встречаемости спаечной непроходимости тонкой кишки. Спаечная болезнь стала причиной развития тонкокишечной непроходимости у пациентов с ранее проведенными абдоминальными вмешательствами. Все пациенты были прооперированы и выписаны в удовлетворительном состоянии. Летальных исходов в связи с данной патологией не наблюдалось.

Результаты полученных данных оценки тяжести больных отражены на рисунке 1. По оси абсцисс указаны баллы шкалы АРАСНЕ II. По оси ординат указан процент больных с определенными количествами баллов.

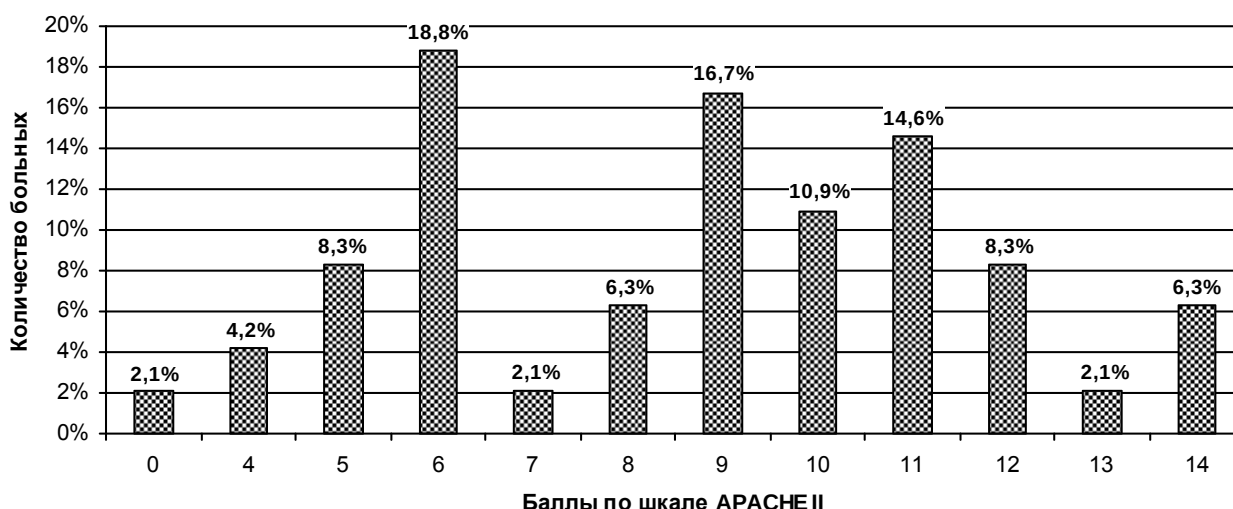


Рис. 1. Результаты оценки тяжести больных по шкале АРАСНЕ II.

Высокие баллы по шкалы АРАСНЕ II и большое число больных с данными показателями связаны не только с тяжестью состояния больных при поступлении, но и с их возрастом.

Удельный вес больных в возрасте 61 — 90 лет составил 70 %, остальные 30 % приходятся на пациентов от 18 до 60 лет (рис. 2).

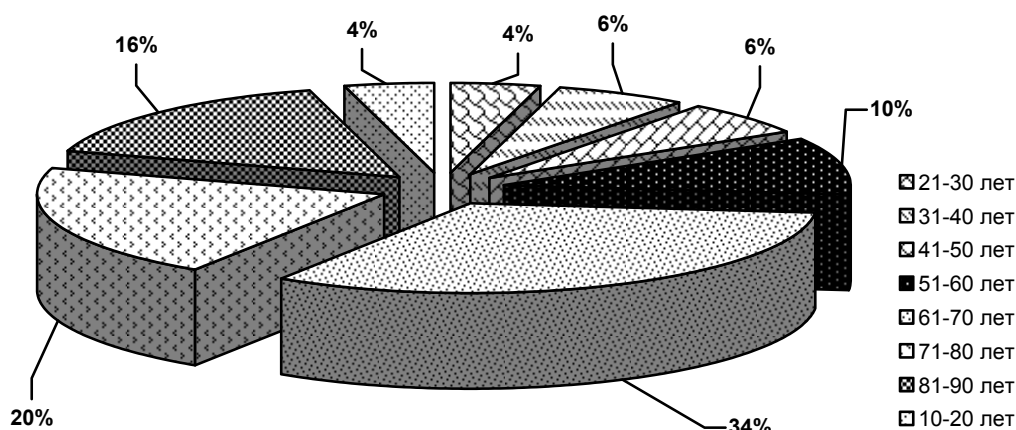


Рис. 2. Распределение больных по возрасту.

В свою очередь, нельзя не отметить, что тяжелое состояние больных при поступлении связано как с самим заболеванием, так и со сроками обращения за медицинской помощью. Нами установлено, что подавляющее большинство больных поступило на лечение в срок от одних суток до одной недели (табл. 1)

Сроки поступления больных на лечение

Таблица 1

24 часа	2–3 дня	4–6 дней	1 неделя	2–3 недели	1 месяц	1,5 месяца
17 %	39 %	13 %	8,7 %	6,5 %	13 %	2 %

Важно уделить внимание срокам пребывания пациентов в ОРИТ в послеоперационный период (табл. 2)

Сроки пребывания пациентов в ОРИТ в послеоперационный период

Таблица 2

	Количество суток в ОРИТ											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	12	14
Частота (%)	16,7	16,7	16,7	12,5	6,3	2,1	8,3	6,3	4,2	4,2	2,1	2,1

Как видно из таблицы 2, преимущественное число больных находилось на лечении в ОРИТ от 1 до 4 суток. Длительное пребывание пациентов в отделение интенсивной терапии связано с тяжелым течением послеоперационного периода, в частности с развившимися осложнениями у 4 больных (спаечная непроходимость в ранний послеоперационный период — в 3 (6,8 %), эквентрация органов брюшной полости — в 1 случае (2,2 %)).

Говоря об острой кишечной непроходимости в целом, необходимо подчеркнуть, что данная патология остается актуальной и по сей день. Необходима своевременная диагностика и профилактика заболеваний, приводящих к развитию ОКН. Важны профилактические осмотры здорового населения для выявления групп повышенного риска по развитию рака толстой кишки, постановка на диспансерный учет больных с предопухолевыми заболеваниями, доброкачественными опухолями, а также лиц, ранее прооперированных по поводу рака толстой кишки. Говоря о профилактике спаечной болезни, необходимо вспомнить о мерах профилактики. При проведении оперативных вмешательств важно бережное отношение к тканям, внедрение в практику малотравматичных оперативных вмешательств. Также, за исключением применения общих принципов профилактики спаечной болезни, в настоящее время рассматривается возможность применения специальных методов. К ним относят: использование фибринолитических (стрептокиназа, урокиназа) и протеолитических (трипсин, химотрипсин) ферментов, антикоагулянтов (низкомолекулярный гепарин), отграничивающие («барьерные») способы (газообразные средства (кислород), жидкости (декстраны, гемодез), рассасывающиеся полимерные моно- и многокомпонентные мембраны и пленки, нерассасывающиеся индифферентные «барьерные» средства, биосовместимые рассасывающиеся гели), применение противовоспалительных (глюкокортикостероиды) препаратов и нестероидных противовоспалительных препаратов, неспецифическая десенсибилизирующая терапия (антигистаминные препараты).