

стояния больных, которая определялась характером основной патологии и осложнениями, наличием сопутствующих заболеваний в среднем в течение 12 часов, в зависимости от тяжести состояния, проводили предоперационную подготовку, направленную на коррекцию гомеостаза и компенсацию нарушенных функций организма. Проведение такой подготовки проводилось в условиях реанимационного отделения.

Объем оперативного лечения определялся интраоперационно, в зависимости от вида тромбированного сосуда и распространенности некроза на фоне крайне тяжелого состояния. У 14 больных отмечен тромбоз верхней брыжеечной артерии, у 5 — сочетанный тромбоз верхней и нижней брыжеечной артерии, у 2-х — тромбоз *a. ileocolica*, 2 — тромбоз нижней брыжеечной артерии. Во всех случаях заболевания выявлен некроз кишечника. Выполнены следующие операции: субтотальная резекция тонкой кишки, гемиколэктомия справа с выведением еюнотомы — 4; резекция тонкой кишки + гемиколэктомия справа с наложением еюнотрансверзоанастомоза — 9; гемиколэктомия слева — 2; гемиколэктомия справа — 2; диагностическая лапаротомия проведена в 6 случаях. Выполнение тромбэктомии было обязательным.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Умерло 18 пациентов, летальность — 78,3 %. Уровень летальности напрямую зависит от уровня мезентериального тромбоза. Послеоперационные осложнения при остром тромбозе брыжеечных сосудов не обращают на себя особого внимания ввиду краткости послеоперационного периода у большинства больных и быстро наступающей смерти от основного заболевания. У выживших пациентов послеоперационные осложнения со стороны сердечно-легочной системы, осложнений со стороны раны и анастомоза не было.

ВЫВОДЫ

Высокая летальность при остром тромбозе мезентериальных сосудов обусловлено тем, что эти больные поступают поздно, в запущенном состоянии. Только при ранней диагностике возможно применение современных средств борьбы с данным заболеванием. Явления перитонита, шок и состояние тяжелой интоксикации играют значительную роль в летальных исходах и часто служат причиной смерти больного.

Н.Н. Игнатъева, В.В. Игнатъев

ДИАГНОСТИКА ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ В УСЛОВИЯХ ПОЛИКЛИНИКИ

ГБУ Поликлиника № 1 (Якутск)

В настоящее время операции по поводу острого холецистита стали наиболее частыми в ургентной хирургии. Количество осложненных форм холелитиаза достигает 35 %. Большинство больных — люди пожилого и старческого возраста, имеющие различные сопутствующие заболевания. Летальность — 2,5 %. Именно поэтому очень важно вовремя установить диагноз желчнокаменной болезни, особенно острого деструктивного холецистита и механической желтухи.

Цель исследования: определить комплекс диагностических мероприятий у больных желчнокаменной болезнью в условиях поликлиники, дальнейшую тактику.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

За период 2010—2011 г. в поликлинике № 1 выявлено 224 больных с желчнокаменной болезнью. Возраст — от 19 до 86 лет. Женщин — 87 %, мужчин — 13 %. Состояние больных оценивалось как удовлетворительное или средней тяжести. Всем пациентам, кроме объективного осмотра и физикального обследования проводились следующие диагностические мероприятия: общий анализ крови и мочи, свертываемость крови, группа крови и резус фактор, стафилококк из зева и носа, ЭКГ, УЗИ брюшной полости, ФЭГДС. Больным с желтухой проводилась дифференциальная диагностика желтухи. Дополнительно проводили анализ крови на билирубин, АсАТ, АлАТ, маркеры вирусных гепатитов, сахар. При выраженном болевом синдроме производили инъекции анальгетиков и спазмолитиков, направляли в дневной стационар.

РЕЗУЛЬТАТЫ

После проведенных исследований 9 (4,1 %) больным установлен диагноз: желчнокаменная болезнь, острый калькулезный холецистит; 210 (93,7 %) больным — желчнокаменная болезнь, хронический калькулезный холецистит; 5 (2,2 %) больным — желчнокаменная болезнь, механическая желтуха.

В Республиканскую больницу № 2 — Центр экстренной медицинской помощи направлено 9 (4 %) больных, в Республиканскую больницу № 1 — Национальный центр медицины — 128 (57,5 %) больных. На амбулаторное лечение направлено 87 (38,5 %) больных. Прооперировано 115 (51 %) больных.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Заболеваемость желчнокаменной болезнью с каждым годом увеличивается. Диагностические мероприятия включают в себя: объективный осмотр, общий анализ крови, биохимический анализ крови. Основным методом инструментальной диагностики является ультразвуковое исследование. Преимущество его в неинвазивности, скорости и отсутствии противопоказаний. Однако при постановке диагноза основным критерием является клиническая картина. Отмечается повышение качества, скорости и доступности медицинского обслуживания в поликлинике № 1. В связи с этим, больные, нуждающиеся в оперативном вмешательстве, своевременно направляются в соответствующие стационары.

Ц. Ишдорж, Б. Ганзориг, Б. Эрдэнэбилэг, А.И. Цыдыпов

РЕЗУЛЬТАТЫ СКЛЕРОТЕРАПИЙ МЕЛКОУЗЛОВАТОГО ЗОБА

Центральная клиническая больница № 1 (Улан-Батор)

ВВЕДЕНИЕ

Узловатый зоб занимает ведущее место среди эндокринных заболеваний, и с каждым годом число заболевших растет.

По сведениями ВОЗ, на нашей планете более 800 миллионов человек болеют каким-нибудь тиреоидным заболеванием; среди которых 300 миллионов больных узловатым зобом. При амбулаторном осмотре, у 4 – 7 % всей популяции выявляют узловатый зоб.

Консервативное лечение узловатого зоба не всегда заканчивается успешно. А хирургическое лечение имеет высокий расход, высокий риск хирургических травм и послеоперационных рецидивов.

При мелкоузловатом зобе хирургическое лечение становится инвазивным, поэтому мы предпочитаем малоинвазивный и более результативный метод.

В клинической практике некоторых цивилизованных стран, при узловатом зобе применяются следующие малоинвазивные методы: воздействовать физической и химической реакцией путем склерозирования и рубцевания под эхосонаографическим контролем. Этот метод воздействия на очаг стали применять в нашей практике в последнее время.

В Центральной клинической больнице № 1, при 4 – 5-летнем сотрудничестве нашего хирургического отделения с ультразвунографическим отделением, при мелкоузловатом зобе мы делаем пункцию под эхосонаографическим контролем.

В практике нашей страны, при мелкоузловатом зобе, выявленном при амбулаторном осмотре, не во всех случаях возможно сделать операцию. Поэтому мы предлагаем нашим пациентам применять малоинвазивный метод. Из этого следует цель нашего исследования.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

С мая 2006 по март 2012 г., при сотрудничестве врачей ультразвунографического отделения мы сделали склерозирующую терапию 237 пациентам при ультразвунографическом контроле в 750 случаях (некоторым пациентам делается 1 – 3 контроля). При исследовании мы использовали эхосонаографические аппараты Японской фирмы Aloka – SSD 650, Корейской фирмы Sono Ase – 8800 и Gala MT.

Посттерапевтические результаты:

1. Каждый месяц мы контролировали изменения в размерах и в структурах под эхосонаографическим контролем.

2. Выявляли рубцевание, если видны были рубцовые изменения.

3. Контролировали размер склерозированных мелкоузловых зобов.

4. Клинически с каждым месяцем количество жалоб пациентов снижалось.

В посттерапевтическом периоде, каждый месяц вычисляли емкость для выявления динамических и рубцовых изменений. Локализацию и размер контролировали эхосонаографически. Емкость вычисляли по следующим уравнениям:

$$A \times B \times C \times 0,479 = \text{Объем узла. } 0,479 = \text{коэффициент Эллипсоида}$$

Объем узла, мл	Доза пунктирующего вещества, этооксисклерол 3%	Число пациентов
0,5–1,0	0,5– 0,7 мл	143
1,0–1,5	1,0–1,2 мл	57
1,5–2,0	Примерно 1,5 мл	37