

и от пола больных.

При обработке материала пользовались методом исключения высказывающих данных.

Результаты и обсуждения

В результате анализа полученных данных установлено, что проведение целенаправленной последовательной реабилитации больных после выписки из стационара (4-я группа) сокращает продолжительность первичного больничного листа у больных с трансмуральным (ТМ) и крупноочаговым (КО) нетрансмуральным ИМ в среднем на 38 дней минимально и на 60 дней максимально. У больных с мелкоочаговым (МО) нетрансмуральным ИМ также отмечается соответствующее уменьшение продолжительности пребывания на больничном листе (БЛ) на 10 и 26 дней. При этом прохождение больными редуцированной программы реабилитации (либо только ОВЛ, либо только санаторий) хотя и оказывает положительное влияние, но оно менее выражено (сокращение продолжительности больничного листа происходит соответственно на 38-42 дня и на 10 дней). Наибольший же положительный эффект отмечается в том случае, когда реабилитация проводится по полной программе, последовательно с сохранением преемственности.

Анализ результатов реабилитации у мужчин и женщин при прочих равных условиях показал следующее. Среди лиц с крупноочаговым и трансмуральным инфарктом миокарда, не прошедших реабилитацию в санатории или в ОВЛ поликлиники, продолжительность первичного больничного листа у женщин больше, чем у мужчин. Проведение специализированной реабилитации (2, 3, 4-я группы больных) более выражено сокращает продолжительность больничного листа у мужчин и женщин с крупноочаговым инфарктом миокарда. Следует отметить, что степень положительного влияния полноценной последовательной реабилитации у женщин больше, чем у мужчин (больничный лист у женщин сократился на 59 дней, у мужчин — на 48 дней).

В ряде случаев у больных с мелкоочаговым инфарктом миокарда из-за малочисленности группы не удалось провести сравнительного анализа. Однако установлено, что продолжительность первичного больничного листа у мужчин с мелкоочаговым инфарктом миокарда больше, чем у женщин.

Проведенные реабилитационные мероприятия практически не влияли на продолжительность больничного листа у женщин с мелкоочаговым

инфарктом миокарда (очевидно, потому, что она и так была небольшой — около 82 дней). У мужчин же с мелкоочаговым инфарктом миокарда эти мероприятия привели к уменьшению длительности первичного больничного листа.

Оценивая влияние различных этапов реабилитации на продолжительность первичного БЛ у больных, перенесших ИМ, мы обратили внимание на следующую деталь. Прохождение реабилитации только в ОВЛ через некоторое время после выписки из стационара способствует более выраженному укорочению первичного БЛ по сравнению с прохождением реабилитации только в загородном кардиологическом санатории (т.е. без последующей реабилитации в ОВЛ поликлиники). Очевидно, в подобной ситуации перерыв в целенаправленных реабилитационных воздействиях приводит к удлинению сроков первичного больничного листа даже без объективных на то причин. Это наблюдение требует дальнейшего подтверждения и объяснения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Методические рекомендации по комплексной поэтапной реабилитации больных, перенесших инфаркт миокарда, в условиях стационара, санатория и поликлиники. — М., 1977.
2. Николаева Л.Ф., Аронов Д.М. Реабилитация больных ишемической болезнью сердца. — М., 1988.
3. Современные достижения в реабилитации больных инфарктом миокарда /Под ред. И.К.Швацаба (СССР) и Г.Андерса (ГДР) — М., 1983.
4. Швацаба И.К., Аронов Д.М., Зайцев В.П. Реабилитация больных ишемической болезнью сердца. — М., 1978.

Summary

Social rehabilitation efficiency has been studied in 75 patients after myocardial infarction (IM). It was proved that consecutive rehabilitation of patients (hospital — cardiological health-center — cardiac rehabilitation department of polyclinic) is the most effective program (sick-leaves are 26-60 days shorter). Men and women with transmural myocardial infarction and macrofocal non-transmural myocardial infarction demonstrated the same changes in duration of their sick-leaves as in general group.

It has been proved that those patients get sick-leaves for shorter periods who have undergone post-hospital rehabilitation only in the rehabilitation treatment department of the polyclinic, than those, who have undergone rehabilitation treatment only in cardiological health centre.

© ЛАЛЕТИН В.Г., СИНЕВА И.В., 1995
УДК 616.346:611.664-081

ЭНДОМЕТРИОЗ СЛЕПОЙ КИШКИ

Лалетин В.Г., Синева И.В.

(Иркутский государственный медицинский университет,
курс онкологии — зав. докт. мед. наук В.Г.Лалетин)

Эндометриоз характеризуется разрастанием ткани, сходной по своему строению и функции с эндометрием, но находящейся за пределами границ нормального расположения слизистой оболочки матки [1,2]. Это гормонозависимое заболевание, развивающееся на фоне нарушения иммунного гомеостаза.

Интерес к эндометриозу возрос ввиду высокой

его частоты, а также ввиду необходимости дифференциальной диагностики этого заболевания с онкологическими процессами, симптомы которых имеют некоторое сходство.

Основным клиническим проявлением эндометриоза является нарушение функции половых органов, проявляющееся обычно болезненными и обильными месячными. Кишечник может вовле-

каться в процесс вторично, при этом поражение слепой кишки встречается редко. Приводим наше наблюдение.

Больная Х., 48 лет, поступила в онкологический диспансер 8.04.1994 г. с жалобами на ноющие боли внизу живота, резко усиливающиеся во время месячных, которые носят обильный характер. Больной считает себя в течение 8 лет, все эти годы состоит на учете по поводу аденомиоза. Менструации с 15 лет, установились сразу, обильные, по 5-6 дней. Беременность 1, роды 1. Перенесенные гинекологические заболевания: эрозия шейки матки в 1977 году, послеродовый эндометрит. В анамнезе, кроме того, отмечены хронический гастрит, хронический колит, почечно-каменная болезнь, геморрой.

Состояние ухудшилось в октябре 1993 г., когда между менструациями отмечались обильные кровянистые выделения. При анализах крови установлена вторичная анемия. Госпитализирована в гинекологическое отделение, где 25.11 проведено диагностическое выскабливание полости матки. После патологогистологического исследования установлен диагноз: железистый полип эндометрия и цервикального канала. Больная направлена в онкодиспансер, но в связи с семейными обстоятельствами обратилась туда спустя несколько месяцев.

Общее состояние удовлетворительное. Периферические лимфоузлы не увеличены. Молочные железы без патологических образований. Тоны сердца ритмичные. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Живот мягкий, слабо болезненный в нижних отделах. Печень, селезенка не увеличены. При вагинальном исследовании: влажалоце свободное, шейка чистая, гипертрофирована. Тело матки несколько увеличено. Придатки увеличены незначительно, болезненные.

В общем анализе крови от 9.04. определяется умеренно выраженная анемия, значительно выраженные анизоцитоз, пойкилоцитоз, анизохромия. Биохимические анализы крови и анализы мочи не имели существенных отклонений от нормы.

При флюорографии грудной клетки легкие, сердце, аорта без патологических особенностей.

26.04. больной проведена ирригоскопия, при которой органической патологии в толстой кишке не было найдено. При ректороманоскопии отмечены признаки проктосигмоидита.

Во время ультразвукового исследования брюшной полости заподозрено наличие либо миоматозного узла, либо узловой формы эндометриоза.

В результате клинического обследования установлен диагноз: аденомиоз, миома матки (?), узловая форма эндометриоза (?), железистые полипы эндометрия и цервикального канала, геморрагическая метропатия, вторичная анемия. Предложена операция с целью уточнения диагноза.

27.04. операция: экстирпация матки с придатками, резекция илеоцекального угла.

Дан эндотрахеальный наркоз. После обработки операционного поля йодонатом произведена нижесрединная лапаротомия. При ревизии отмечается выраженный спаечный процесс малого таза. Матка увеличена до 7 недель, она находится в едином плотном конгломерате с воспалительно измененными придатками. В куполе слепой кишки определяется плотная опухоль 4x4 см, стенозирующая просвет кишки. Метастазов в органах брюшной полости не определяется. По принятой методике произведена экстирпация матки с придатками, составляющими единый конгломерат.

Отмечается анатомический вариант строения илеоцекального угла с длинной брыжейкой, что наряду с местным характером опухолевого процесса в слепой кишке послужило основанием для выбора объема операции, заключающегося в резекции илеоцекального угла. Илеоцекальный угол резецирован вместе с 8 см слепой кишки и 8 см подвздошной кишки, включая их брыжейку в пределах здоровых тканей. Культи кишок ушиты непрерывным кетгутовым швом и двумя кистетными швами. Трехрядным швом наложен анастомоз бок в бок между подвздошной и восходящим отделом толстой кишки. Брюшная стенка послойно зашита наглухо. Асептическая повязка.

Результат патологистологического исследования № 15018-15058 от 11.05. Тело матки с шейкой 11x7x4 см обычного вида, эндометрий в состоянии пролиферации, очаговая гиперплазия. Шейка матки обычного строения. Яичники размером 3,7x2x4 см, в них — белые тела, очаговая пролиферация, фолликулярные кисты.

Резецированный илеоцекальный угол кишечника имеет длину 16 см. В толще брыжейки слепой кишки и частично тонкой кишки определяется узловатое образование 4x4 см, серо-красного цвета, оно стенозирует просвет кишки. При исследовании опухоль представляет собой эндометриоз. Очаги эндометриоза отмечаются также в брыжейке и в толще мышечного и серозного слоев кишки. Слизистая кишечника атрофичная.

Послеоперационный период протекал без осложнений. 20.05. в удовлетворительном состоянии выписана.

Повторно осмотрена 20.12.94 г. Состояние удовлетворительное. Данных за рецидив заболевания не выявлено.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бохман Я.В., Баскаков В.П., Колесов А.Е. Онкологические аспекты эндометриоза. /Акушерство и гинекология, 1979, № 10, С.47-49.
2. Баскаков В.П. Клиника и лечение эндометриоза. — Л.: Медицина, 1990, — 240 с.