

Среди 237 пациентов с мелкоузловатым зобом, из которых 143 (70,8 %) пациента были с объемным образованием размером 0,5–1,0 мл, 57 (20 %) пациентов было с объемным образованием размером 1,0–1,5 мл, 37 (9,2 %) пациентов – 1,5–2,0 мл. От объема узла зависела доза пунктирующего химического вещества.

При объеме 0,5–1,0 пунктировали 0,5–0,7 мл ЭОС, при 1,0–1,5 мл пунктировали 1,0–1,2 мл ЭОС; 1,5–2,0 мл пунктировали 1,5 мл 3%-ого ЭтоОксиСклерола.

Вышеупомянутый наш метод не дал никаких результатов 11 (4,29 %) пациентам из-за: ошибки в асептике, неправильного вычисления объема.

ВЫВОДЫ

1. В 95,71 % склерозирующая терапия была результативной.
2. Лечение этим методом узловатых зобов с объемом более 2,0 мл никаких результатов не дало.

С.В. Ишутин, А.В. Роговченко, Д.А. Островский, А.Ю. Субботин

ГРЫЖЕСЕЧЕНИЕ В УСЛОВИЯХ АВТОНОМНОГО ОТ СТАЦИОНАРА АМБУЛАТОРНОГО УЧРЕЖДЕНИЯ

МБУЗ «Городская поликлиника № 1» (Благовещенск)

Повышение эффективности медицинской помощи всегда волновало врачей. Одним из путей движения в этом направлении является развитие амбулаторной хирургии. Она позволяет повысить охват населения различными видами медицинской помощи, разгрузить стационары, снизить финансовые расходы на лечение.

В МБУЗ «Городская поликлиника №1» г. Благовещенска амбулаторно выполнено 122 грыжесечения по поводу паховых, вентральных, пупочных грыж.

Больных с паховыми грыжами оперировано 55, с пупочными грыжами – 53, с вентральными грыжами – 14. Мужчин оперировано 95 (78,2 %), женщин – 27 (21,8 %). Средний возраст больных составил 48,2 года, т.е. самый трудоспособный возраст. Временная нетрудоспособность больных составила в среднем 20,4 дня.

Больные оперированы под местной (35 пациентов) и общей (87 пациентов) анестезией.

Применялись натяжные и ненапряжные способы герниопластики. При пупочных грыжах у 20 выполнены различные модификации натяжной герниопластики (по Мейо, по Сапежко), у 33 пациентов использовался аллотрансплантат – сетка «Пролен». При послеоперационных вентральных грыжах небольших размеров выполнена герниопластика по Сапежко у 5 больных, в 9 случаях использовался аллотрансплантат.

Больной до операции обследуется согласно стандартам у хирурга поликлиники. В день операции госпитализируется в дневной стационар. Операции выполняли под местной инфильтрационной анестезией 0,5% раствором новокаина, или под сбалансированной внутривенной анестезией пропофолом. При паховых грыжах выполняли пластику по Лихтенштейну (54 пациента), лапараскопическая герниопластика по Корбитту (выполнена у одного пациента). При других грыжах передней брюшной стенки пластику местными тканями укрепляли сеткой. Больного после операции переводят в послеоперационную палату для ближайшего наблюдения. Уточняются режим поведения, диета, назначают ненаркотические анальгетики в таблетированной форме. Через 4 часа после операции при отсутствии ближайших осложнений больного отпускают домой, предварительно сделав инъекцию анальгетика. Вечером с больным проводится беседа по телефону о его состоянии. На следующий день больной самостоятельно приезжает на перевязку и осматривается оперирующим хирургом. При гладком течении послеоперационного периода швы снимают на 7 сутки.

Выявлены следующие осложнения: у 4 больных отмечена ограниченная серома в подкожной клетчатке (больные с пахово-мошоночной грыжей). 1 ограниченная гематома мошонки так же у пациента с пахово-мошоночной грыжей. После пункционной эвакуации (от однократной, до трехкратной пункции) серомы, заживление раны по типу первичного натяжения. Отмеченные осложнения не потребовали госпитализации больных в стационар. Отмечен один рецидив грыжи, через 10 месяцев после операции, у больного с паховой рецидивной грыжей (возраст 73 года, сопутствующая ДГПЖ 1 ст.)

Таким образом, дальнейшее совершенствование самой методологии хирургии одного дня, использование новых технологий расширяет возможности амбулаторной хирургии.