

На третьем месте, начиная с 2005 г., — болезни КМС (10,9 %), в отличие от последствий травм и отравлений, которые в 2002 — 2004 гг. занимали третье место.

Проведенный анализ установил, что изменения инвалидности по тяжести имеют положительный момент: по сравнению с 2005 г. доля инвалидов 1 группы снизилась на 44,3 %, 2 группы — на 37,8 %. В Улан-Удэ характерны те же изменения: на 44,2 % и 32,4 % соответственно. За последних 5 лет доля инвалидов 1 группы снизилась почти в 2 раза, а инвалидов 3 группы — возросла с 19,1 % до 35,5 %.

Таким образом, в поликлинике отмечено снижение первичной инвалидности по сравнению с 2005 г. на 26,8 %.

В структуре ПВИ граждан преобладают инвалиды 2 группы пенсионного возраста, женщины, с болезнями системы кровообращения, злокачественными новообразованиями и последствиями травм, что указывает на необходимость усиления лечебно-профилактических мероприятий по снижению инвалидности данной категории населения.

Ю.Д. Доржиев, Э.З. Гомбожапов, Д.Д. Рыбдылов

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ДЕСТРУКТИВНЫХ ФОРМ ПАНКРЕАТИТА

МУЗ «Городская клиническая больница скорой медицинской помощи им. В.В. Ангапова» (Улан-Удэ)

ВВЕДЕНИЕ

Результаты лечения деструктивных форм панкреатита остаются неудовлетворительными. В случае развития субтотальных и тотальных поражений поджелудочной железы большое значение имеет определение тактики лечения.

Цель исследования: оценка эффективности программируемых санаций сальниковой сумки и брюшной полости в лечении деструктивных форм панкреатита.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

За период с 2003 по 2007 гг. на стационарном лечении в отделениях Городской клинической больницы скорой медицинской помощи г. Улан-Удэ находились 1627 больных с острым панкреатитом, в 140 (8,6 %) случаях — с развитием деструктивных процессов в поджелудочной железе.

Проведен анализ результатов хирургического лечения 84 больных с субтотальным и тотальным поражением поджелудочной железы и воспалительными изменениями в парапанкреатической клетчатке. Средний возраст больных составил 38,1 лет. Тяжесть заболевания, которая оценивалась по индексу тяжести по Balthazar, колебалась в пределах 8 — 9 баллов. Оперативное вмешательство производилось после стабилизации у больных гемодинамики и устранения явлений гиповолемии.

По характеру хирургического лечения больные разделены на 3 группы:

- первая группа — 32 больных, 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 И ОБСУЖДЕНИЕ

В первой группе, у 18 (56,3 %) пациентов объем оперативного вмешательства оказался достаточным, в 14 случаях, вследствие прогрессирования деструктивного процесса и нарастания эндогенной интоксикации, 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 удалять 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).

ВЫВОДЫ

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

Ю.Д. Доржиев, В.В. Иванов, Д.Д. Рыбдылов

СООТВЕТСТВИЕ КЛИНИЧЕСКИХ И МОРФОЛОГИЧЕСКИХ ДИАГНОЗОВ У БОЛЬНЫХ, ОПЕРИРОВАННЫХ ПО ПОВОДУ ОСТРОГО ХОЛЕЦИСТИТА

МУЗ «Городская клиническая больница скорой медицинской помощи им. В.В. Ангапова» (Улан-Удэ)

ВВЕДЕНИЕ

Одним из наиболее дискутируемых вопросов в современной хирургии является достаточно часто отмечающееся несоответствие между клиническими и патологогистологическими диагнозами. Интраоперационная оценка хирургом состояния пораженного органа субъективна, поэтому одним из способов повышения его квалификации является анализ результатов гистологического исследования удаленных органов.

Цель исследования: оценка правильности оценки состояния желчного пузыря оперирующими хирургами по результатам гистологических исследований макропрепарата.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Произведено сравнение клинических и патологогистологических диагнозов 211 историй болезни больных, перенесших экстренную операцию по поводу острого холецистита, находившихся на стационарном лечении в хирургических отделениях МУЗ Городская клиническая больница скорой медицинской помощи г. Улан-Удэ с 2004 г. по 2007 г. Из числа больных женщин было 187 (88,7 %), мужчин — 24 (11,4 %). Пациенты старше 50 лет составили 65,4 % (138 больных).

По выставленному клиническому диагнозу больные распределились следующим образом: катаральный холецистит выставлен у 146 (69,2 %) больных, флегмонозный — у 40 (19,0 %), гангренозный — 25 (11,8 %).

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Из 146 больных с острым катаральным холециститом гистологически диагноз подтвержден у 6 (4,1 %) больных. В 1 случае выявлена флегмонозная форма воспаления, хронический атрофический холецистит в 131 (89,7 %) и гипертрофический язвенный холецистит в 8 (5,5 %). Т.е. вне активной фазы воспаления оперированы 139 (95,2 %) пациентов.

В 23 (57,5 %) случаях диагноз подтвержден у больных с клинически выставленным диагнозом флегмонозного холецистита. В остальных 17 (42,5 %) случаях выявлена хроническая форма воспаления.

В группе больных, у которых интраоперационно были определены изменения, соответствующие гангренозному холециститу, гистологически диагноз подтвержден в 10 (38,5 %) случаях. В 12 (46,2 %) случаях выявлена флегмонозная форма воспаления, хронический гипертрофический язвенный холецистит — в 3 (11,5 %).

Общий процент соответствия клинических и патологогистологических диагнозов составил 18,5 %, умеренная гипердиагностика в сторону утяжеления формы заболевания — 67,8 %. В 13,4 % случаев диагнозы не совпали.

ВЫВОДЫ

В подавляющем большинстве случаев оперирующий хирург достаточно точно определяет степень морфологических изменений в желчном пузыре при остром холецистите. Умеренная гипердиагностика, которая встречается в большинстве случаев, не отражается на качестве лечения и даже, вследствие соответствующей медикаментозной терапии, позволяет предупреждать развитие послеоперационных осложнений. Относительно высокий уровень (13,4 %) несовпадения диагнозов, причем в 3 (1,4 %) случаях несоответствие достаточно грубое, оставляют вопрос о соответствующей подготовке врачей актуальным.