

Для снижения риска осложнений и устранения неприятных ощущений перед вмешательством больным рекомендуется выполнять небольшую очистительную клизму, а после лигирования в течение 2–3-х суток принимать анальгетики.

Среди осложнений лигирования латексными кольцами следует отметить небольшие болевые ощущения. Правильно выбранные показания для лигирования внутренних геморроидальных узлов позволяют избежать геморроидэктомии примерно у 80 % больных.

В прошлом одним из недостатков метода была необходимость участия ассистента. Усовершенствование лигатора (вакуумный лигатор), которое позволило всасывать геморроидальный узел в рабочую часть, сделало возможным выполнение вмешательства одним врачом.

В период 2003–2006 гг. лечение латексными кольцами было применено 164 пациентам – 9,3 % от общего количества пациентов, заболевших геморроем. Таким образом, выбор метода лечения геморроя в зависимости от его стадии и выраженности симптоматики, применение консервативной терапии, малоинвазивных методов, как в самостоятельном исполнении, так и в комбинации друг с другом или с хирургическими способами позволяет достичь хороших результатов у 88,9 % пациентов.

А.К. Мурадян, И.В. Анохин, С.В. Завьялов, В.А. Корженевская

ЛЕЙОМИОМА ТОНКОЙ КИШКИ, ОСЛОЖНЕННАЯ ИНВАГИНАЦИЕЙ ТОНКОЙ КИШКИ В ТОЛСТУЮ: ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА (КЛИНИЧЕСКИЙ ПРИМЕР)

ОГУЗ Амурская областная клиническая больница (г. Благовещенск)

Больная Р. 45 лет поступила в приемное отделение областной больницы с жалобами на тяжесть в правой подреберной области, повышение температуры тела до субфебрильных цифр, сухость во рту, слабость, многократный жидкий стул с примесью слизи и крови.

Из анамнеза известно: 20 дней назад оперирована по поводу острого аппендицита. В послеоперационном периоде держалась субфебрильная температура. Последние 3 дня состояние ухудшилось, присоединились вышеперечисленные жалобы. При обследовании выявлено: в правой подвздошной области опухолевидное образование размерами 10 × 15 см, плотное, подвижное при пальпации. Выставлен диагноз: «опухоль брюшной полости».

УЗИ – на уровне послеоперационного рубца лоцируется гиперэхогенная зона с гиперэхогенным венчиком (инфильтрация с отеком) размерами 12,4 × 6,4 см.

Фиброколоноскопия – от правого угла толстой кишки до купола слепой кишки видно опухолевидное образование в виде полипа с ярко гиперемированной эрозированной головкой до 2–3 см в диаметре, на широкой длинной ножке, приблизительно 30 × 2 см. Слизистая толстой кишки вокруг образования визуально не изменена. Заподозрена инвагинация тонкой кишки в толстую, на консилиуме было решено больную оперировать.

На операции: в правой подвздошной области конгломерат, представленный тонко-толстокишечным инвагинатом. Последний дезагинирован. Инвагинат представлен подвздошной и слепой кишками. В просвете подвздошной кишки в 20 см от илеоцекального угла пальпируется образование, плотное, неподвижное, 6 × 8 × 5 см. Выполнена резекция илеоцекального угла.

Морфологическое исследование препарата: лейомиома.

Послеоперационный период протекал удовлетворительно. На 9-е сутки больная выписана из стационара в удовлетворительном состоянии.

Н.Р. Мустафаев, М.С. Любарский, В.В. Нимаев, И.А. Алтухов

КОРРЕКЦИЯ НАРУШЕНИЙ ЛИМФАТИЧЕСКОГО ОТТОКА КОЛЕННОГО СУСТАВА ПРИ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОМ ОСТЕОАРТРОЗЕ

ГУ НИИ клинической и экспериментальной лимфологии СО РАМН (г. Новосибирск)

В последнее время посттравматический остеоартроз привлекает все больше внимания исследователей и практических врачей. Несмотря на открытие новых препаратов для его лечения, пока не удается приостановить рост заболеваемости.