

Системная воспалительная реакция сопровождается панкреонекроз на всем протяжении заболевания, как в доинфекционный период, так и при развитии гнойно-некротических осложнений.

В первую неделю заболевания ССВР имел место в 45 наблюдениях. При этом тяжесть состояния пациентов по шкале SAPS составляла $7,5 \pm 3,9$ баллов. В то же время, при отсутствии системной воспалительной реакции тяжесть состояния пациентов составляла $5,5 \pm 3,2$ баллов ($p < 0,05$).

На второй неделе острый деструктивный панкреатит сопровождался системной воспалительной реакцией в 38 наблюдениях. Тяжесть состояния пациентов с ССВР составляла $7,8 \pm 4,8$ баллов, а при отсутствии этого синдрома — $3,6 \pm 2,8$ баллов по шкале SAPS ($p < 0,05$).

На 3–4 неделе заболевания, при развитии гнойно-некротических осложнений, системная воспалительная реакция выявлена в 33 наблюдениях. При этом тяжесть состояния больных по шкале SAPS составляла $6,1 \pm 3,8$ баллов. При асептическом течении деструктивного панкреатита системная воспалительная реакция отсутствовала, а тяжесть состояния пациентов составляла $2,4 \pm 1,7$ баллов ($p < 0,05$).

Летальные исходы имели место в 31 наблюдении. В первую неделю заболевания умерло 11 пациентов. Причиной смерти в этот период явились полиорганная недостаточность (8) и панкреатогенный шок (3). В терминальный период тяжесть состояния у этих больных составляла $11,6 \pm 3,2$ баллов по шкале SAPS.

На второй неделе заболевания умерло 6 пациентов. Тяжесть состояния больных в этот терминальный период составляла $12,3 \pm 5,6$ баллов по шкале SAPS, а причиной смерти явились аррозивные кровотечения из панкреатических сосудов (3), полиорганная недостаточность (2) и легочное кровотечение (1).

На 3–4 неделе заболевания у 14 пациентов с гнойно-некротическими осложнениями панкреонекроза причиной летальных исходов стал абдоминальный сепсис. В этот терминальный срок тяжесть состояния больных оценивалась в $10,1 \pm 4,1$ баллов по шкале SAPS.

Таким образом, учет синдрома системной воспалительной реакции в ходе течения деструктивного панкреатита является важным компонентом в комплексной оценке тяжести течения заболевания.

И.А. Михайличенко, А.В. Гурулев, С.А. Мясников, Д.Г. Болотова, Ю.В. Потемкин

ЛИГИРОВАНИЕ ГЕМОРОИДАЛЬНЫХ УЗЛОВ КАК ОДИН ИЗ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ ГЕМОРОЯ

Городская клиническая больница № 1 (г. Чита)

Геморрой все еще остается наиболее частым заболеванием человека. Его распространенность достаточно высока и составляет 118–200 человек на 1000 взрослого населения, а удельный вес в структуре колопроктологических заболеваний — от 34 до 41 %.

Для геморроя традиционно характерны два основных симптома — кровотечение (51 %) и выпадение узлов из анального канала (37 %). При этом заболевании также отмечается такие симптомы, как анальный зуд (9 %), чувство дискомфорта в анальном канале (5 %), выделение слизи (2 %).

Сегодня перед колопроктологией стоит сложный вопрос: как и когда лечить геморрой. Ведь само по себе наличие геморроидальных узлов не является показанием к оперативному вмешательству.

Безусловно, при остром геморрое показано консервативное лечение, но следует отметить, что его профилактика, прежде всего, заключается в нормализации деятельности пищеварительного тракта, лечении синдрома раздраженной толстой кишки, которые встречаются более чем у половины пациентов, заболевших геморроем.

В последнее время в связи с развитием новых технологий в медицинской промышленности, созданием новых препаратов все большее распространение получают так называемые малоинвазивные способы лечения геморроя, вполне пригодные для применения в амбулаторных условиях. К ним относятся склеротерапия, инфракрасная фотокоагуляция геморроидальных узлов, лигирование латексными кольцами, электрокоагуляция и др.

На базе Городской клинической больницы № 1 г. Читы наиболее популярным малоинвазивным способом лечения геморроя на ранних стадиях является лигирование геморроидальных узлов латексными кольцами. Этот вид лечения также с успехом применяется при III и изредка при IV стадии заболевания после вправления геморроидальных узлов.

Методика лигирования заключается в том, что через аноскоп с осветителем при помощи вакуумного или механического лигатора набрасывают латексное кольцо на внутренний геморроидальный узел, который отторгается вместе с латексной лигатурой на 7–9 день. На месте отторжения геморроидального узла формируется его культя, покрытая соединительной тканью. Иногда лечение приходится проводить в несколько сеансов. Это занимает 3–4 недели.

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: ЭНДСКОПИЧЕСКАЯ 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.