

ПРОФИЛАКТИКА НЕСОСТОЯТЕЛЬНОСТИ ПАНКРЕАТОЕЮНО- И ХОЛЕДОХОЕЮНОАНАСТОМОЗОВ ПОСЛЕ ПАНКРЕАТОДУОДЕНАЛЬНОЙ РЕЗЕКЦИИ

Бахтин В.А., Янченко В.А., Чикишев С.Л.

ГОУ ВПО «Кировская государственная медицинская академия Росздрава»

Цель исследования — сравнительный анализ осложнений при выполнении панкреатодуоденальной резекции (ПДР) с использованием декомпрессионного дренажа оригинальной конструкции и без применения разгрузочного дренажа.

В клинике госпитальной хирургии Кировской ГМА в период с 1991 по 2006 гг. наблюдалось 82 пациента в возрасте от 32 до 68 лет (25 женщин и 57 мужчин) с различными заболеваниями билиопанкреатодуоденальной зоны, которым выполнена ПДР. Все больные разделены на 2 группы. В I группе 59 больным ПДР выполнена без декомпрессии панкреато- и билиодигестивного анастомозов. Во II группе 23 пациентам с декомпрессией выше указанных анастомозов дренажем оригинальной конструкции (приоритет от 13.05.06 г. по заявке на изобретение № 20061208961/17-022693). Подавляющему большинству (62 человека) ПДР производилась на фоне механической желтухи. Уровень билирубина варьировал от 5,8 до 760,7 ммоль/л ($139,9 \pm 92,8$ ммоль/л), длительность желтухи — от 1 до 16 недель (в среднем 11 недель). ПДР выполняли в различных модификациях: у 29 больным реконструктивный этап включал в себя формирование концевого панкреатоеюноанастомоза и гепатикоеюноанастомоза на одной петле, у 10 пациентов выполнена модификация Y-образного анастомоза с раздельным наложением панкреато- и гепатикодигестивного соустья, у 4 при формировании панкреатоеюноанастомоза применяли «потерянный» дренаж.

Восьми пациентам выполнена лимфодиссекция, резекция верхнебрыжечной артерии и вены выполнены. У 10 пациентов панкреатоеюноанастомоз наложен конец в бок, у 72 — конец в конец инвагинационным способом.

Анализ ранних послеоперационных осложнений показал, что у пациентов с применением разгрузочного дренажа лишь в 1 случае была частичная несостоятельность панкреатоеюноанастомоза, ликвидированная консервативными мероприятиями, у 1 внутри брюшное кровотечение потребовавшее релапаротомии, и у 2 пациентов в раннем послеоперационном периоде диагностирована пневмония. В группе больных без применения декомпрессионного дренажа несостоятельность панкреатоеюноанастомоза была у 8, гепатикоеюноанастомоза — у 3, внутрибрюшное холемическое кровотечение — у 3, абсцессы брюшной полости различной локализации — у 6. Послеоперационная летальность — 12,5%. Основные причины летальности: несостоятельность панкреатоеюноанастомоза с развитием панкреанекроза и несостоятельность гепатикоеюноанастомоза с развитием желчного перитонита.

Таким образом, применение разгрузочного дренажа панкреатоеюно- и гепатикоеюноанастомоза позволяет снизить частоту несостоятельности панкреатоеюно- и гепатикоеюноанастомозов со снижением летальности.

ОПЫТ ОРГАНИЗАЦИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ С ТИРЕОИДНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ В ГОРОДСКОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЕ

Беляев В.И., Образцова О.Л., Батыгина Т.Н., Дроздова Н.А., Полтырев В.С., Жук Е.А., Тарасов А.В., Воробьев П.Ю., Беляева И.П., Вейнер Б.П., Караштин А.М.
МУЗ «Городская клиническая больница № 4», г. Иваново
ГОУ ВПО «Ивановская государственная медицинская академия Росздрава»

Проблемой хирургического лечения заболеваний щитовидной железы на базе 4-й городской клинической больницы г. Иваново активно начал заниматься более полувека назад профессор С.А. Ярославцев, создавший свою школу хирургов. Уже тогда стали очевидными задачи преемственности ведения больных данной патологией эндокринологами и хирургами, поиск единых подходов к выбору метода лечения, подготовки к операции и послеоперационному ведению пациентов.

В 1979 г. в 4-ю городскую больницу было переведено организованное за 6 лет до этого городское эндокринологическое отделение. Становление, развитие этого отделения, а также организация на базе 4-й городской больницы в 1996 г. городско-

го эндокринологического центра проходили при активном участии сотрудников кафедры терапии факультета усовершенствования врачей ИвГМА и, прежде всего, доцента В.С. Полтырева, возглавлявшего кафедру в течение 14 лет.

В настоящее время 4-я городская клиническая больница располагает практически всеми диагностическими и лечебными методами и службами, необходимыми для оказания квалифицированной медицинской помощи больным с патологией щитовидной железы. В больнице имеется радиоизотопное отделение, где осуществляется сканирование щитовидной железы. Кабинет ультразвуковой диагностики позволяет проводить ультразвуковое исследование (УЗИ) щитовидной железы с приме-

нением доплера, пункционную биопсию железы под контролем УЗИ. В лаборатории больницы определяются показатели тиреоидных гормонов крови, в том числе уровень свободных гормонов, а также антитиреоидные антитела, антитела к рецептору тиреотропного гормона.

За период с 2002 по 2006 гг. в эндокринологическом отделении 4-й городской больницы пролечено 1600 пациентов с заболеваниями щитовидной железы: 486 (30,4%) с диффузным токсическим зобом, 336 (21%) с узловым токсическим зобом, 338 (21,1%) с узловым эутиреоидным зобом, 267 (16,7%) с тиреоидитами, 173 (10,8%) с гипотиреозом. Если больные тиреоидитами и гипотиреозом, как правило, ведутся консервативно, то пациенты с токсическим и узловым эутиреоидным зобом нередко нуждаются в хирургическом лечении.

Всего за проанализированный период в хирургическое отделение из эндокринологического было переведено 477 больных с патологией щитовидной железы (41,1% от общей группы пациентов с токсическим и узловым эутиреоидным зобом). В эндокринологическом отделении проводилось уточнение диагноза, медикаментозное лечение тиреотоксикоза, оценка показаний и противопоказаний к оперативному лечению, подготовка пациентов к операции. Применение пункционной биопсии щитовидной железы под контролем УЗИ при узловых образованиях щитовидной железы позволило более точно верифицировать диагноз на дооперационном этапе. Благодаря этому уменьшилась доля больных с раком щитовидной железы среди оперированных в хирургическом отделении пациентов.

Больные с выявленной при пункционной биопсии онкопатологией направлялись на лечение в областной онкологический диспансер. В стационаре отработана методика двухэтапной предоперационной подготовки больных с токсическим зобом: первый этап с использованием для снятия тиреотоксикоза как тиреостатиков (тирозол, пропицил), так и в необходимых случаях — препаратов лития, глюкокортикоидов, второй этап — с применением препаратов йода. В сложных случаях больные заблаговременно осматривались анестезиологом-реаниматологом, при тяжелом тиреотоксикозе и трудности достижения эутиреоза на фо-

не адекватной медикаментозной терапии дополнительно проводились сеансы плазмафереза.

В хирургическом отделении выделены специализированные койки для пациентов с заболеваниями щитовидной железы. В 4-й городской больнице сосредоточена плановая хирургическая помощь больным с тиреоидной патологией всей Ивановской области. Специализация врачей хирургического отделения на протяжении многих лет, отработанная методика предоперационной подготовки позволили уменьшить частоту осложнений после операций на щитовидной железе, в том числе кровотечений, до 4%. В среднем по Российской Федерации доля осложнений при этом виде операций составляет 7,2%.

За время совместной работы на базе нашей больницы эндокринологического и хирургического отделений не отмечалось тиреотоксических кризов у пациентов в послеоперационном периоде. Больные с токсическим зобом в первые сутки после операции ведутся в условиях отделения интенсивной терапии. После выписки из стационара пациенты направляются в эндокринологический центр и берутся под наблюдение эндокринолога; осуществляется клинический, лабораторно-инструментальный, в том числе гормональный, контроль, при необходимости проводится коррекция терапии. В течение проанализированного периода отмечено уменьшение числа больных с узловым эутиреоидным зобом, направленных на оперативное лечение. Это связано с пересмотром показаний к оперативному лечению при данной патологии.

С 2004 г. в больнице стала проводиться по показаниям лазеро- и склеротерапия узловых форм эутиреоидного зоба. По результатам данного метода лечения П.Ю. Воробьевым защищена кандидатская диссертация. В настоящее время склеротерапия выполняется в среднем у 40 пациентов с заболеваниями щитовидной железы в год с последующим динамическим наблюдением под контролем УЗИ.

Таким образом, представляется рациональной организация комплекса лечебно-диагностической помощи больным с патологией щитовидной железы на базе одного лечебного учреждения и реализация единой концепции ведения данной категории пациентов.

ХАРАКТЕРИСТИКА ГЕМОРЕОЛОГИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА

Березин М.В., Березина А.М., Мишина И.Е., Архипова С.Л., Кудряшова М.В., Лебедева Л.В., Мазанко О.Е., Аверьянов А.М., Колосов Б.В., Иванцова Ю.А., Нечаев В.Б.

ГОУ ВПО «Ивановская государственная медицинская академия Росздрава»
МУЗ «Городская клиническая больница №3», г. Иваново

Болезни сердечно-сосудистой системы занимают лидирующее место среди причин смертности и инвалидизации трудоспособного населения в России. Несмотря на снижение больничной летальности, связанной с внедрением в практику новых методов обследования и лечения, общая смерт-

ность от острого инфаркта миокарда (ОИМ) остается высокой.

В патогенезе ОИМ большое значение имеют нарушения реологических свойств крови и микроциркуляции. Ухудшение реологических свойств крови тесно связано с изменением структурно-функциональных особенностей мембран эритро-