

от 20 до 50 %. (Тюленев В.В. и соавт., 1991). Дифференциальная диагностика заболеваний щитовидной железы сложна и требует проведения комплекса диагностических мероприятий.

Рак щитовидной железы в 10 — 44 % протекает под «маской» тиреоидита Хашимото (Буинов Б.Б., 1998; Дворниченко В.В. и соавт; 2001). Встречаются случаи тиреоидитоподобной формы рака щитовидной железы, по клиническим проявлениям весьма схожей с зобом Хашимото. В этой связи дифференциальная диагностика указанной патологии весьма затруднительна. Для дифференциальной диагностики используют ультразвуковое исследование, сканирование, компьютерную томографию, пункционную биопсию и цитологическое исследование.

В хирургическом отделении эндокринологического диспансера с 1991 по 2001 год оперировано 906 больных с патологией щитовидной железы, из них с раком щитовидной железы 86 (9,5 %), тиреоидитом Хашимото 111 (12,3 %), с узловым, диффузно-токсическим, смешанным зобом — 709 (78,3 %) больных.

Тиреоидит Зоб Хашимото протекал под видом узлового и смешанного зоба у 28 (25,2 %) больных, диффузно-токсического зоба у 18 (16,2 %), рака щитовидной железы у 13 (11,7 %).

Рак щитовидной железы проходил под «маской» узлового зоба у 24 (27,9 %) больных, диффузно-токсического зоба у 5 (5,8 %) пациентов.

Узловой и диффузно-токсический зоб протекал под маской зоба Хашимото у 96 (13,5 %) больных.

Во всех случаях правильный диагноз был установлен до операции благодаря проведению комплекса диагностических исследований.

Приведенные наблюдения свидетельствуют о достаточной эффективности современных методов исследования при проведении дифференциальной диагностики заболеваний щитовидной железы. Показания к операции и объем хирургического вмешательства на щитовидной железе должны решаться только после получения всех результатов исследования, но особенно — пункционной биопсии.

В.А. Бусоев

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ЭПИДУРАЛЬНОЙ АНЕСТЕЗИИ НАРОПИНОМ У БОЛЬНЫХ С УРОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

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

Применение в клинической практике методов регионарной анестезии обретает все большую популярность, как в России, так и во всем мире. Это обусловлено появлением высокоэффективных и малотоксичных препаратов, средств их доставки к тканям-мишеням, а также существенной экономической выгодой данного метода анестезии перед другими.

Нами представляется анализ применения эпидуральной анестезии больным с патологиями мочеполовой системы в период с сентября 2006 г. по 01.03.08 г. в МУЗ «Городская клиническая больница скорой медицинской помощи» г. Улан-Удэ. Данный метод анестезии проведен 232 больным (218 мужчин и 14 женщин). Возраст больных колебался от 35 до 82 лет, причем лица пожилого и старческого возраста составили 60,3 %.

Степень анестезиологического риска оценивалась по классификации Американской ассоциации анестезиологов (ASA) по физическому состоянию пациентов. У 144 (62,1 %) пациентов состояние по данной классификации оценено по II классу, у остальных 88 — к III — IV классам.

Пациенты с высоким анестезиологическим риском — это, как правило, больные старше 60 лет, страдали различными сопутствующими патологиями, нередко 2 — 4 одновременно. Так 225 (97,0 %) пациентов страдали гипертонической болезнью, 190 (81,9 %) — ишемической болезнью сердца, 37 (15,9 %) — ХНЗЛ, 56 (24,1 %) — ожирением II — III степени, 112 (48,3 %) — ХПН, 39 (16,8 %) — нарушениями ритма и проводимости, 14 (6,0 %) — постинфарктным кардиосклерозом.

Анестезия проводилась по следующей схеме. Всем больным проводилась премедикация, с применением атропина и промедола. Пункция эпидурального пространства выполнялась на уровне L_{II} — L_{IV}. После введения тест-дозы — 15 — 20 мг наропина, одновременно в эпидуральное пространство вводился наропин в дозе 1 мг/кг (включая тест-дозу) в сочетании с фентанилом 0,0015 мг/кг, после чего всем больным вводился эпидуральный катетер до уровня Th_{XII} — L_{II} (использовались катетеры «Portex 18G» с бактериальным фильтром). После укладки пациента в операционное положение по катетеру вводился дополнительно 50 — 70 мг наропина с фентанилом (0,1 мг). Среднем вводилось от 100 до 150 мг 0,75 — 1 % раствора наропина с наркотическим анальгетиком фентанилом 0,2 мг двухмоментно на двух уровнях.

При необходимости, во время операции включалась психоседация препаратами из группы бензодиазепинов (реланиум, седуксен) в дозе 0,08 мг/кг. Инфузионная поддержка осуществлялась кристаллоидными растворами, в редких случаях — коллоидными растворами. Средний объем инфузии 1200 — 1600 мл.

У всех пациентов сенсорный блок был адекватен. Техническое выполнение не вызывало затруднений. Осложнений не наблюдалось, у всех больных после операции отмечался нормальный диурез.

Имеющийся опыт применения наропина при эпидуральной анестезии позволяет подтвердить высокую эффективность его применения при заболеваниях мочеполовой системы у больных с сопутствующими заболеваниями. Кроме того, применение двухмоментного бисекторального введения анестетика позволяет добиться расширения зоны эффективного обезболивания при более щадящем влиянии на системную гемодинамику.

А.Д. Быков, Г.Ф. Жигаев, Е.Н. Цыбиков, Б.Ц. Бальжинимаев, В.Е. Хитрихеев

ЕЮНОСТОМИЯ, КАК СПОСОБ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ НЕСФОРМИРОВАННЫХ ТОНКОКИШЕЧНЫХ СВИЩЕЙ ПРИ РАСПРОСТРАНЕННОМ ГНОЙНОМ ПЕРИТОНИТЕ

*Республиканская клиническая больница им. Н.А. Семашко (Улан-Удэ)
ГОУ ВПО «Бурятский государственный университет» (Улан-Удэ)
Бурятский филиал НЦРВХ ВСНЦ СО РАМН (Улан-Удэ)*

У 16 больных, поступивших в клинику с распространенным гнойным перитонитом, осложнившимся образованием несформированных тонкокишечных свищей, произведена резекция свищесущей петли тонкой кишки (у 4 пациентов на одной петле тонкой кишки имелось два свища) с терминолатеральным межкишечным анастомозом в нашей модификации. После удаления патологического очага брюшной полости проксимальный конец тонкой кишки вшивали в бок дистального отдела с поперечным разрезом её стенки. Свободный дистальный отдел выводился на брюшную стенку в виде энтеростомы, через которую проводилась декомпрессия дистального и проксимального отделов тонкой кишки, а при необходимости — раннее энтеральное питание в послеоперационном периоде. Швы межкишечного анастомоза состоятельны у всех пациентов. Всем выполнена лапаростомия с многократными поднаркозными санациями брюшной полости и последующим ушиванием раны брюшной стенки через все слои на трубках-«амортизаторах», проводилась комплексная интенсивная терапия распространённого гнойного перитонита. Операция выполнялась по экстренным показаниям при появлении признаков тонкокишечного свища. Закрытие энтеростомы (чаще внебрюшинным доступом) проводили после выздоровления в сроки через 1 — 3 месяца с момента операции.

Предложенная методика оперативного лечения несформированных тонкокишечных свищей может быть операцией выбора с целью удаления источника распространённого гнойного перитонита и восстановления непрерывности желудочно-кишечного тракта.

А.Д. Быков, Г.Д. Белоусова, Ю.А. Быкова, С.А. Белоусова

ЭФФЕКТИВНОСТЬ МЕТАДИЭНЦЕФАЛОТЕРАПИИ И МЕТАЗОДОТЕРАПИИ НА АППАРАТЕ «ОБЕРОН» ПРИ ЛОКАЛЬНОМ И РАСПРОСТРАНЁННОМ ИНФЕКЦИОННОМ ПРОЦЕССЕ

ГОУ ВПО «Бурятский государственный университет» (Улан-Удэ)

В институте прикладной психофизики создана не имеющая аналогов исследовательская аппаратура, позволяющая проследить любые состояния биологических объектов по изменению волновых характеристик тканей организма, отдельных клеток, хромосом и даже отдельных ферментов и гормонов. Системы нелинейного анализа (NLS) — это новые информационные технологии, которые теперь, в начале века, можно отнести к самым удивительным и перспективным достижениям современного естествознания (Нестеров В.И. и соавт., 2005). Они позволяют:

- проконтролировать эффективность и результаты осуществления самых различных методов воздействия на организм;
- оценить адаптивные способности организма;
- проводить анализ динамики изменений функционального состояния организма в процессе лечения;
- установить первичность очага функционального нарушения;
- оценить характер патологии, используя экспертные системы;