

ративного вмешательства в данном лечебном учреждении позволяет снизить послеоперационную летальность до 20%. Несмотря на необходимость проведения операций по экстренным и срочным показаниям при опухолях толстой кишки предпочтительнее выполнение радикальных оперативных вмешательств с первичным удалением опухоли.

Выбор паллиативных операций (наложение разгрузочных кишечных стом и обходных анастомозов) должны быть индивидуальными в зависимости от формы кишечной непроходимости, распространенности опухоли, состояния больного, конкретной хирургической ситуации.

ПРИМЕНЕНИЕ ДЕТРАЛЕКСА В ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО И ХРОНИЧЕСКОГО ГЕМОРРОЯ

Ратманов А.М., Михайлова Н.А., Философов С.Ю., Бурцев В.В., Афанасьев Д.В.
ГОУ ВПО «Ивановская государственная медицинская академия Росздрав»
ОГУЗ «Ивановская областная клиническая больница»

Геморрой все еще остается наиболее частым заболеванием человека. Его распространенность достаточно высока и составляет 118—120 человек на 1000 взрослого населения, а удельный вес в структуре колопроктологических заболеваний колеблется от 34,0% до 41,0%.

Ведущими в патогенезе геморроя являются гемодинамический и мышечно-дистрофические факторы. В основе первого лежит дисфункция сосудов, приводящая к усиленному притоку артериальной крови, и уменьшению оттока по кавернозным венам.

Показанием для консервативного лечения является начальная стадия хронического геморроя и острое течение заболевания. Терапия складывается из общего и местного лечения, основой общего лечения является применение флеботропных препаратов. По нашему мнению наиболее действенным в этой группе является детралекс, активным компонентом которого являются микронизированная фракция очищенных флавоноидов.

Детралекс обеспечивает избирательную и четкую реакцию на гемодинамические нарушения, связанные с геморроем: расширение вен геморроидального сплетения, хрупкость стенок капилляров и местное воспаление.

Нами на базе специализированного проктологического отделения ОКБ проведена оценка клинической эффективности детралекса при остром геморрое у 100 пациентов. Суточная дозировка препарата 6 таблеток (по 3 таблетки 2 раза в день) в течении первых 4 дней, далее в суточной дозе 4 таблетки (по 2 таблетки 2 раза в день) в течении следующих 3 дней. Длительность лечения 7 дней.

Обследование больных проводилось как в условиях стационара, так и в поликлинике до лечения и через 7 суток.

Оказалось, что по сравнению с группой, не принимающих детралекс, лечение которых проводилось традиционно, болевой синдром в основной группе больных уменьшился в 84,0% случаев, кровоточивость геморроидальных узлов — в 95,0%. Применение данного препарата позволило более чем в 2 раза уменьшить продолжительность обострений и в полтора раза снизить среднюю тяжесть обострений. Использование детралекса способствовало достоверному уменьшению приема анальгетиков.

Нами проведена оценка эффективности препарата в терапии хронического геморроя. При этом исследовано 100 больных в возрасте от 18 лет и старше с клиническим проявлением геморроя (1—3 степень), с острыми приступами заболевания в течении последних 2 месяцев. В результате наблюдения за больными (50 пациентов) и контрольной группой (50 человек) Было установлено что применение детралекса приводит к достоверной положительной динамике симптомов хронического геморроя.

Таким образом, результаты настоящего исследования убеждают нас, что применение детралекса при лечении больных геморроем сопровождается значительным улучшением как субъективных, так и объективных признаков острого приступа геморроя. Более того, при применении детралекса отмечается выраженное уменьшение продолжительности и интенсивности геморроидальных приступов.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ОСНОВНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ РАБОТЫ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО СТАЦИОНАРА ДО И ПОСЛЕ ЕГО РЕОРГАНИЗАЦИИ

Рупасова Т.И., Уткина М.Н., Гринденко И.Н., Дементьева Г.Н., Бурсиков А.В., Тентелова И.В., Валиулина Е.Ш., Швагер О.В.
ГОУ ВПО «Ивановская государственная медицинская академия Росздрав»
МУЗ «Городская клиническая больница № 7», г. Иваново

Реорганизация терапевтической службы — укрепление первичного поликлинического звена, организация отделений дневного пребывания привела к изменению состава коечного фонда и сокраще-

нию коек круглосуточного пребывания, что не могло не отразиться на показателях работы стационарных отделений.