

У пациентов 2-й группы это были крупные узловые образования, вызывающие дискомфорт у пациентов либо в силу компрессии соседних органов и тканей, либо из-за косметического дефекта, а также коллоидные узлы, вызывающие тиреотоксикоз.

Данный анализ подтверждает необходимость дифференцированного выбора тактики в отношении узловой патологии ЩЖ. Применение предлагаемых нами алгоритмов позволяет значительно снизить долю необоснованного удаления ткани ЩЖ железы из-за наличия в ней узловых образований, которые в большинстве своем не представляют угрозы для жизни пациента.

Литература

1. Бубнов А.Н. и др. Узловой зоб – диагностика и лечение. – СПб. – 1997.
2. Васильков В.М., Масальская Т.А. //Мат-лы 7-го (9-го) Рос. симп. по хир. эндокринол. – Липецк, 1998 – С.48–50.
3. Винник Л.Ф. // Тез. Всерос. научно-практ. конф., посв. 80-летию со дня рожд. проф. Д.Я. Шурыгина. – СПб., 2003. – С.160.
4. Грановская А.М. и др. // Мат-лы IV Всерос. конгр. эндокринол. – СПб., 2001. – С.294.
5. Дедов И.И. и др. Эндокринология. М.: Медицина, 2002.
6. Демин Л.Д., Моторина Т.А. // Тез. докл. на 5-й Междун. конф. – М. 1995. – С.303.
7. Зайцев В.И. и др. //Тез. Всерос. научно-практ. конф., посв. 80-летию со дня рожд. проф. Д.Я. Шурыгина. – СПб., 2003. – С.176.
8. Зинкевич О.И. и др. // Мат-лы IV Всерос. конгр. эндокринол. – СПб., 2001. – С.303.
9. Кононенко С.Н. // Хирургия. – 2000. – №3. – С. 38–41.
10. Романчишен А.Ф. // Вестн. хир. – 1994. – №1-2. – С.3–6.
11. Blum M., Rothschild M. // JAMA - 1980. – №3. – P.242–245.
12. Cap J., Ryska A., Rehorkova P. // Clin. Endocrinol. (Oxf). – 1999. – № 51. – P.509–515.
13. Ezzat S., Sarti D. // Arch Intern Med. – 1994. – №154. – P.1838.
14. Reading C.C. // Am. J Roentgenol. – 1997. – №169. – P.1747.
15. Tan G., Gharib H. // Ann Intern Med. – 1997. – №126. – P.226.

УДК 616.366-002

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ ПО МАТЕРИАЛАМ КЛИНИКИ И КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ОПЕРИРОВАННЫХ БОЛЬНЫХ

М.А.СЕРДЮКОВ*

Ежегодно в мире выполняется около 2,5 млн. операций на желчных путях. В подавляющем своем большинстве это холецистэктомия. В России по поводу ЖКБ производится до 100 000 операций в год, а в США >500 000.

Для большинства пациентов с ЖКБ в настоящее время золотым стандартом является эндовидеохирургическая холецистэктомия (ЭВХХ), которая имеет важные преимущества перед традиционными вмешательствами. Появление в медицинской практике метода лапароскопической холецистэктомии (ЛХЭ) явилось новой вехой в развитии хирургии ЖКБ. За чуть более чем 10-летний период существования она завоевала широкое признание и получила дальнейшее совершенствование. Эндоскопическим методом стали производиться до 70-80% холецистэктомий. В нашей клинике на базе НУЗ отделенческой больницы на станции Астрахань – 1 ОАО «РЖД» произведено 380 ЛХЭ и 160 холецистэктомии традиционным способом за 6 летний период.

Анализ результатов, открытой и ЛХЭ показал, что операции по поводу хронического холецистита при открытой методике больной проводит в стационаре в среднем около 12 дней, при лапароскопических операциях около 4,6 дня. При традиционной холецистэктомии больной проводит около 3 суток в условиях реанимационного отделения, а при ЛХЭ 1 сутки. Расширение режима больного при традиционной ХЭ наступает на 3-4 сутки, и то при использовании укрепляющего бандажа, а при ЛХЭ больным разрешают вставать и ходить уже на 2 сутки. При традиционной ХЭ больные нуждаются в дополнительных затрат на лечение, таких как оснащение перевязочной, в/в ведение инфузион-

ных растворов. Нами при ЛХЭ на операционные проколы накладывались внутрикожные швы, которые не нуждались в использовании перевязочного материала и снятии швов в дальнейшем.

Небольшая травматичность при операции ЛХЭ, щадящая инструментальная техника обеспечивают легкое течение послеоперационного периода, кратковременное нахождение больного в стационаре (3-5 дней) и сокращение сроков восстановления трудоспособности (2,5-3 нед). Этими факторами определяется низкий процент послеоперационных осложнений операционной раны, брюшной полости и сердечно-легочной системы. Эти достоинства ЛХЭ делают ее социально перспективной в лечении ЖКБ и благотворно влияют на качество жизни пациентов.

Качество жизни (КЖ) – один из новых критериев эффективности лечения различных заболеваний, представляет собой интегральную характеристику физического, психологического, эмоционального и социального функционирования больного, основанную на его субъективном восприятии. Для оценки КЖ использовался метод SF-36 (Short-Form Health Survey), было опрошено 58 пациентов в возрасте от 21 года до 79 лет (в среднем 55,79 ± 1,78 лет). Срок после операции на момент опроса составил от 1 года до 5 лет (в среднем 3,59 ± 0,16 лет). По большинству шкал опросника были получены сравнительно высокие результаты (в пределах 82–93 баллов), при этом значительное число больных отмечало улучшение состояния после операции (средняя оценка по шкале NT составила 1,98). Снижение показателей наблюдалось по шкалам общего здоровья (49 баллов) и жизнеспособности (62 балла), что связано с преобладанием среди пациентов старших возрастных групп, имеющих ряд хронических соматических заболеваний. Обнаружена зависимость показателей КЖ от пола, возраста, числа сопутствующих заболеваний, состояния сердечно-сосудистой системы, наличия или отсутствия других заболеваний гепатопанкреатодуоденальной зоны, особенностей течения операции и послеоперационного периода, выраженности симптомов до- и после хирургического вмешательства.

Результаты исследования позволили сделать вывод о том, что КЖ пациентов после выполнения ЛХЭ остается достаточно высоким и определяется не только успешностью выполнения операции, но и общесоматическим статусом больных, что подтверждает необходимость комплексного подхода в их лечении.

УДК 617.54-001-005.4-089

СОСТОЯНИЕ МИКРОЦИРКУЛЯЦИИ У БОЛЬНЫХ СО СКЕЛЕТНОЙ ТРАВМОЙ В ДИНАМИКЕ ЛЕЧЕНИЯ.

Л.А.ШПАГИНА, А.Г. КАРПЕНКО, Н.Г. КОЛОСОВ, Е.М. ЛОКТИН, С.А.ФИРСОВ, Н.В.ШЕЛЕПОВА*

В остром периоде травмы снижается показатель микроциркуляции, резерв капиллярного кровотока, изменения характерны для стаза крови в микроциркуляторном русле. В раннем послеоперационном периоде меняется тип микроциркуляторной гемодинамики с сохранением изменений к 10 суткам.

Физическое воздействие, вызвавшее перелом трубчатой кости конечности, в первую очередь, приводит к нарушению кровообращения и питания костной ткани. При этом нарушается целостность надкостницы, возникают кровоизлияния в неё и окружающие мягкие ткани. Резко меняется состояние микроциркуляторного русла в окружающих повреждённую область тканях. Микроциркуляторный кризис конечностей, морфологические изменения стенок сосудов, снижение скорости кровотока, реологических свойств крови определяют жизнеспособность тканевых структур и течение репаративных процессов при лечении [1–4].

Цель работы – изучение состояния микроциркуляции конечностей у лиц с повреждениями трубчатых костей опорно-двигательного аппарата, при острой травме, после операции.

Материалы и методы. В исследование включены больные, травматологического отделения с повреждением трубчатых костей конечностей. Исследование проведено у 56 пациентов мужского пола от 18,1 до 50,2 лет, средний возраст составил 34 года. Критерии включения – наличие перелома костей конечностей.

* Астраханская ГМА, каф. хирургических болезней педиатрического фак.

* НГМУ каф. травматологии ортопедии и медицины катастроф, ГКБ № 2, г. Новосибирск, ул. Ползунова, 21