

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Заболеваемость желчнокаменной болезнью с каждым годом увеличивается. Диагностические мероприятия включают в себя: объективный осмотр, общий анализ крови, биохимический анализ крови. Основным методом инструментальной диагностики является ультразвуковое исследование. Преимущество его в неинвазивности, скорости и отсутствии противопоказаний. Однако при постановке диагноза основным критерием является клиническая картина. Отмечается повышение качества, скорости и доступности медицинского обслуживания в поликлинике № 1. В связи с этим, больные, нуждающиеся в оперативном вмешательстве, своевременно направляются в соответствующие стационары.

Ц. Ишдорж, Б. Ганзориг, Б. Эрдэнэбилэг, А.И. Цыдыпов

РЕЗУЛЬТАТЫ СКЛЕРОТЕРАПИЙ МЕЛКОУЗЛОВАТОГО ЗОБА

Центральная клиническая больница № 1 (Улан-Батор)

ВВЕДЕНИЕ

Узловатый зоб занимает ведущее место среди эндокринных заболеваний, и с каждым годом число заболевших растет.

По сведениями ВОЗ, на нашей планете более 800 миллионов человек болеют каким-нибудь тиреоидным заболеванием; среди которых 300 миллионов больных узловатым зобом. При амбулаторном осмотре, у 4 – 7 % всей популяции выявляют узловатый зоб.

Консервативное лечение узлового зоба не всегда заканчивается успешно. А хирургическое лечение имеет высокий расход, высокий риск хирургических травм и послеоперационных рецидивов.

При мелкоузловатом зобе хирургическое лечение становится инвазивным, поэтому мы предпочитаем малоинвазивный и более результативный метод.

В клинической практике некоторых цивилизованных стран, при узловатом зобе применяются следующие малоинвазивные методы: воздействовать физической и химической реакцией путем склерозирования и рубцевания под эхосонаографическим контролем. Этот метод воздействия на очаг стали применять в нашей практике в последнее время.

В Центральной клинической больнице № 1, при 4 – 5-летнем сотрудничестве нашего хирургического отделения с ультразвунографическим отделением, при мелкоузловатом зобе мы делаем пункцию под эхосонаографическим контролем.

В практике нашей страны, при мелкоузловатом зобе, выявленном при амбулаторном осмотре, не во всех случаях возможно сделать операцию. Поэтому мы предлагаем нашим пациентам применять малоинвазивный метод. Из этого следует цель нашего исследования.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

С мая 2006 по март 2012 г., при сотрудничестве врачей ультразвунографического отделения мы сделали склерозирующую терапию 237 пациентам при ультразвунографическом контроле в 750 случаях (некоторым пациентам делается 1 – 3 контроля). При исследовании мы использовали эхосонаографические аппараты Японской фирмы Aloka – SSD 650, Корейской фирмы Sono Ase – 8800 и Gala MT.

Посттерапевтические результаты:

1. Каждый месяц мы контролировали изменения в размерах и в структурах под эхосонаографическим контролем.

2. Выявляли рубцевание, если видны были рубцовые изменения.

3. Контролировали размер склерозированных мелкоузловых зобов.

4. Клинически с каждым месяцем количество жалоб пациентов снижалось.

В посттерапевтическом периоде, каждый месяц вычисляли емкость для выявления динамических и рубцовых изменений. Локализацию и размер контролировали эхосонаографически. Емкость вычисляли по следующим уравнениям:

$A \times B \times C \times 0,479 = \text{Объем узла}$, $0,479 = \text{коэффициент Эллипсоида}$

Объем узла, мл	Доза пунктирующего вещества, этооксисклерол 3%	Число пациентов
0,5–1,0	0,5– 0,7 мл	143
1,0–1,5	1,0–1,2 мл	57
1,5–2,0	Примерно 1,5 мл	37

Среди 237 пациентов с мелкоузловатым зобом, из которых 143 (70,8 %) пациента были с объемным образованием размером 0,5–1,0 мл, 57 (20 %) пациентов было с объемным образованием размером 1,0–1,5 мл, 37 (9,2 %) пациентов — 1,5–2,0 мл. От объема узла зависела доза пунктирующего химического вещества.

При объеме 0,5–1,0 пунктировали 0,5–0,7 мл ЭОС, при 1,0–1,5 мл пунктировали 1,0–1,2 мл ЭОС; 1,5–2,0 мл пунктировали 1,5 мл 3%-ого ЭтоОксиСклерола.

Вышеупомянутый наш метод не дал никаких результатов 11 (4,29 %) пациентам из-за: ошибки в асептике, неправильного вычисления объема.

ВЫВОДЫ

1. В 95,71 % склерозирующая терапия была результативной.
2. Лечение этим методом узловатых зобов с объемом более 2,0 мл никаких результатов не дало.

С.В. Ишутин, А.В. Роговченко, Д.А. Островский, А.Ю. Субботин

ГРЫЖЕСЕЧЕНИЕ В УСЛОВИЯХ АВТОНОМНОГО ОТ СТАЦИОНАРА АМБУЛАТОРНОГО УЧРЕЖДЕНИЯ

МБУЗ «Городская поликлиника № 1» (Благовещенск)

Повышение эффективности медицинской помощи всегда волновало врачей. Одним из путей движения в этом направлении является развитие амбулаторной хирургии. Она позволяет повысить охват населения различными видами медицинской помощи, разгрузить стационары, снизить финансовые расходы на лечение.

В МБУЗ «Городская поликлиника №1» г. Благовещенска амбулаторно выполнено 122 грыжесечения по поводу паховых, вентральных, пупочных грыж.

Больных с паховыми грыжами оперировано 55, с пупочными грыжами — 53, с вентральными грыжами — 14. Мужчин оперировано 95 (78,2 %), женщин — 27 (21,8 %). Средний возраст больных составил 48,2 года, т.е. самый трудоспособный возраст. Временная нетрудоспособность больных составила в среднем 20,4 дня.

Больные оперированы под местной (35 пациентов) и общей (87 пациентов) анестезией.

Применялись натяжные и ненапряжные способы герниопластики. При пупочных грыжах у 20 выполнены различные модификации натяжной герниопластики (по Мейо, по Сапежко), у 33 пациентов использовался аллотрансплантат — сетка «Пролон». При послеоперационных вентральных грыжах небольших размеров выполнена герниопластика по Сапежко у 5 больных, в 9 случаях использовался аллотрансплантат.

Больной до операции обследуется согласно стандартам у хирурга поликлиники. В день операции госпитализируется в дневной стационар. Операции выполняли под местной инфильтрационной анестезией 0,5% раствором новокаина, или под сбалансированной внутривенной анестезией пропофолом. При паховых грыжах выполняли пластику по Лихтенштейну (54 пациента), лапароскопическая герниопластика по Корбитту (выполнена у одного пациента). При других грыжах передней брюшной стенки пластику местными тканями укрепляли сеткой. Больного после операции переводят в послеоперационную палату для ближайшего наблюдения. Уточняются режим поведения, диета, назначают ненаркотические анальгетики в таблетированной форме. Через 4 часа после операции при отсутствии ближайших осложнений больного отпускают домой, предварительно сделав инъекцию анальгетика. Вечером с больным проводится беседа по телефону о его состоянии. На следующий день больной самостоятельно приезжает на перевязку и осматривается оперирующим хирургом. При гладком течении послеоперационного периода швы снимают на 7 сутки.

Выявлены следующие осложнения: у 4 больных отмечена ограниченная серома в подкожной клетчатке (больные с пахово-мошоночной грыжей). 1 ограниченная гематома мошонки так же у пациента с пахово-мошоночной грыжей. После пункционной эвакуации (от однократной, до трехкратной пункции) серомы, заживление раны по типу первичного натяжения. Отмеченные осложнения не потребовали госпитализации больных в стационар. Отмечен один рецидив грыжи, через 10 месяцев после операции, у больного с паховой рецидивной грыжей (возраст 73 года, сопутствующая ДГПЖ 1 ст.)

Таким образом, дальнейшее совершенствование самой методологии хирургии одного дня, использование новых технологий расширяет возможности амбулаторной хирургии.