

Повседневная кропотливая работа Бурятского отделения Всероссийского научного общества отоларингологов направлена на постоянный научный поиск, повышение профессионализма специалистов (председатели — А.М. Баженов, М.П. Рябов, А.Б. Бороноев, С.А. Бороноев). Регулярно проводятся сертификационные циклы по отоларингологии профессорами ведущих клиник России. В 1992 и 1995 гг. проводились выездные циклы в г. Улан-Удэ профессорами из трех ЛОР-клиник Санкт-Петербурга по актуальным вопросам ЛОР патологии (Военно-медицинская академия, НИИ уха, горла, носа и речи, санитарно-гигиенический институт). В декадниках принимал участие главный отоларинголог России, директор Санкт-Петербургского НИИ уха, горла, носа и речи, член-корреспондент РАМН, д.м.н. А.А. Ланцов; в 2004 г. Новосибирская государственная медицинская академия (заведующий — профессор М.Н. Мельников); 2009 г. — Сибирский государственный медицинский университет (заведующий — профессор А.В. Староха).

Отоларингологами Бурятии опубликовано свыше 60 научных работ, которые изданы в различных журналах, сборниках трудов съездов отоларингологов СССР, России, международных симпозиумах.

С 2004 г. начато преподавание курса оториноларингологии на медицинском факультете БГУ: доценты М.П. Рябов, С.А. Бороноев. Продолжается подготовка врачей — отоларингологов в интернатуре на базе БГУ. Сохраняется преемственность поколений в подготовке кадров, повседневная работа специалистов продолжается, остается постоянное стремление к научному поиску и совершенствованию своих профессиональных навыков.

В.П. Саганов, Г.Д. Гунзынов, Г.Ф. Жигаев, Е.Н. Цыбиков

СЛУЧАЙ ИЛЕОТРАНСВЕРЗОСТОМИИ, ЦЕКОСТОМИИ, ГАСТРОТОМИИ В УСЛОВИЯХ РАСПРОСТРАНЕННОГО ГНОЙНО-ФИБРИНОЗНОГО ПЕРИТОНИТА

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

В настоящее время даже с улучшением диагностической, операционной аппаратуры, с применением антибиотикопрофилактики и терапии инфекции, одной из наиболее сложных проблем в неотложной хирургии остается лечение больных с нагноительными заболеваниями мягких тканей.

Более того, в последние годы нам все чаще приходится иметь дело с запущенными формами этих заболеваний. Резко увеличилось число больных с различными травматическими повреждениями органов брюшной полости, перфорациями и опухолями различных отделов желудочно-кишечного тракта.

Представляем интересный клинический случай. В отделение хирургии № 1 РКБ в октябре 2004 года доставлен больной Д., 31 год, из психиатрической больницы, где он находился на лечении по поводу шизофрении. Пациент доставлен с жалобами на боли по всему животу, тошноту, многократную рвоту, резкую слабость, недомогание. Со слов больного трое суток назад съел собственные ботинки со шнурками, зубную щетку.

Объективно: состояние тяжелое, в сознании. Дыхание проводится во все отделы легких. Пульс до 110 ударов в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные. АД 120/70 мм рт. ст. Язык сухой, обложен белым налетом. Живот напряжен, резко болезненный во всех отделах. Резко положительный симптом Щеткина — Блюмберга. Перистальтика ослаблена. Стула, газов не было 3-е суток, диурез снижен.

По данным обзорной рентгенографии органов брюшной полости имеются инородные тела в области малого таза, видны раздутые петли толстого и тонкого кишечника. По данным УЗИ органов брюшной полости определяются инородные тела в области малого таза, наличие свободной жидкости брюшной полости, метеоризм. У больного имелась выраженная системная воспалительная реакция.

Больному после предварительной послеоперационной подготовки выполнена с/с лапаротомия. Интраоперационно обнаружено: большое количество гнойного выпота с фибрином; раздутые дилатированные петли толстого и тонкого кишечника; между костями малого таза имеются 2 инородных тела участка тонкой кишки длиной до 11,0 см, шириной до 1,4 см плотно засевших между ними, на расстоянии до 10 см от илеоцекального угла, с двумя перфорационными отверстиями до 1,0 см, из которых поступает тонкокишечное содержимое. Далее обнаружено инородное тело желудка (взрослая зубная щетка). Случай расценен как распространенный гнойно-фибринозный перитонит, инородные тела участка тонкой кишки с перфорацией, инородное тело желудка (рис. 1).

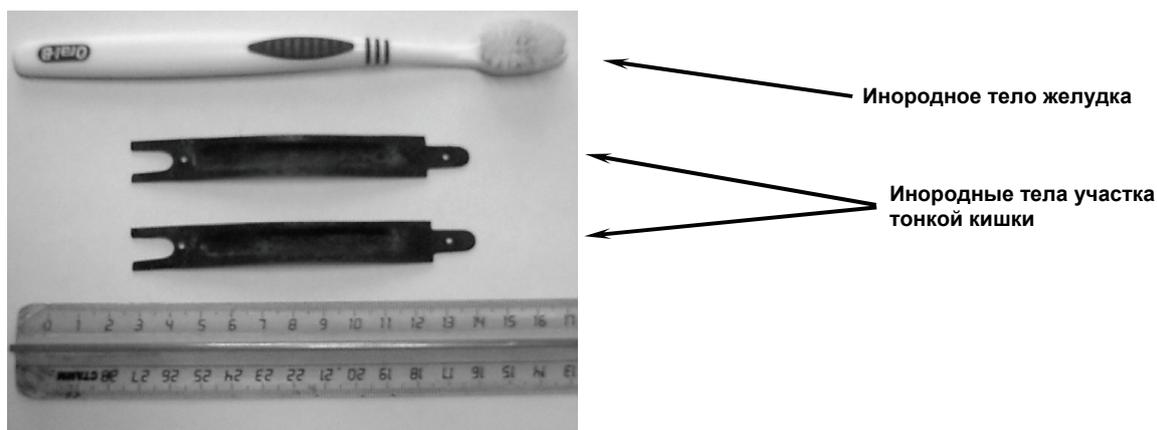


Рис. 1. Инородные тела брюшной полости, обнаруженные при оперативном вмешательстве.

При удалении инородных тел участка тонкой кишки вместе с ними эвакуированы кусочки различного размера кожи и стелек, шнурки. Нами выполнен илеотранзверзоанастомоз на фоне распространенного гнойно-фибринозного перитонита. Для декомпрессии желудочно-кишечного тракта выполнена цекостомия, назоинтестинальная интубация. Через гастротомический разрез удалено инородное тело желудка (взрослая зубная щетка) с наложением 2-рядных узловых швов. Далее выполнена санация брюшной полости растворами H_2O_2 , фурациллина и лапаростомия. На третьей санации брюшной полости, выполняемой в программируемом режиме, операционная рана ушита послойно на амортизаторах с установкой силиконовых дренажей в правый и левый боковой каналы и в область малого таза.

На вторые сутки от момента последней операции произошло инфицирование мягких тканей нижнего угла послеоперационной раны.

На 19-е сутки больной от момента поступления больной Д. переведен в психиатрическую больницу. На 28-е сутки наступило полное выздоровление пациента.

В.П. Саганов, В.Е. Хитрихеев, Г.Д. Гунзынов, Е.Н. Цыбиков

С-РЕАКТИВНЫЙ БЕЛОК – МАРКЕР ПАНКРЕОНЕКРОЗА

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

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

По показателям С-реактивного белка в сыворотке крови больных острым панкреатитом оценить тяжесть и динамику течения заболеваний, сопровождающегося некрозом поджелудочной железы.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Изучены показатели С-реактивного белка у 71 больного с заболеваниями поджелудочной железы. Мужчин было 42, женщин – 29. Возраст больных составил $43 \pm 17,1$ (20 – 68 лет) года. Исследуемую группу составил 51 больной с острым панкреатитом, контрольную – 10 больных с хроническим панкреатитом и 10 – с аденокарциномой поджелудочной железы. Диагноз и оценка степени тяжести острого панкреатита основывались на клинико-инструментальных и лабораторных данных в соответствии с Международной классификацией острого панкреатита (Атланта, 1992) и Всероссийским съездом панкреатологов (Волгоград, 2000).

Все пациенты исследуемой группы с острым панкреатитом были госпитализированы в сроки от 2 до 55 часов от момента заболевания, а исследование сыворотки крови на С-реактивный белок проводилось через $39 \pm 15,2$ часа от начала заболевания.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Показатели уровня С-реактивного белка в сыворотке крови больных контрольной группы составили при хроническом панкреатите 4220 ± 2610 нг/мл, при аденокарциноме поджелудочной железы –