

Обработка эндоскопов и инструментария к ним начинается немедленно после окончания исследования.

Стандартный цикл обработки включает:

- а) очистку рабочей части аппарата;
- б) промывку внутренних каналов с помощью вакуумного отсоса;
- в) чистку внутренних каналов с помощью специальных щеток.

Эндоскопический инструментарий при биопсии и оперативных вмешательствах нарушает целостность слизистой, работает в бактериальной среде и поэтому проходит циклы: дезинфекция — предстерилизационная очистка — стерилизация. За проработанное время нами совместно с бактериологической лабораторией при СЭС, проводим тесты бакконтроля на эффективность обеззараживания эндоскопов, и посевы со стерильного мединструментария на стерильность. Получены отрицательные результаты на обсемененность внутренних каналов и рабочей части эндоскопов.

Кроме высокой эффективности данного способа обеззараживания фиброэндоскопов и инструментов к ним, следует отметить хорошие показатели технического состояния эндоскопического оборудования, отмечаемое специальной службой контроля фирмы Olympus при регулярных проверках. Использование препаратов Экобак и Деконекс 55 Эндо удобно в практике и экономично, так как стабильность работы растворов сохраняется в течение соответственно 24 и 14 суток.

Согласно заключению Агентства США по защите Окружающей Среды, данные отработанные растворы можно сливать в обычную канализацию, так как под действием микроорганизмов сточных вод, глутаровый альдегид легко распадается, превращаясь в глутаровую кислоту — соединение, встречающееся в естественной среде, а затем, через некоторое время распадается на двуокись углерода и воду.

Таким образом, данный способ дезинфекции в настоящее время можно расценивать, как один из оптимальных. Этот способ эффективен в системе профилактики внутрибольничных инфекций и обеспечения сохранности оборудования.

Б.Д. Доржиев

ТРИХОБЕЗОАР В ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ ПО МАТЕРИАЛАМ ДХО ГК БСМП им. В.В. АНГАПОВА г. УЛАН-УДЭ

Бурятский государственный университет (Улан-Удэ)

Безоары представляют собой конгломерат проглатываемых детьми волос (трихобезоар), растительных волокон (фитобезоар) или комбинацию того и другого (трихобезоар).

В мировой литературе имеется около 250 упоминаний о волосяных опухолях.

Первое сообщение о безоаре принадлежит Шрейбергу (1896). В отечественной литературе впервые о трихобезоаре желудка сообщил В.В. Мыш (1912); он описал «волосяную опухоль» весом 2800 г.

Чаще всего это дети (преимущественно девочки), обладающие причудливыми эксцентричными пристрастиями, имеющие эмоциональные расстройства или задержку психического развития, навязчивые привычки (жевать волосы). Волосы, попадая в желудок, обволакиваются слизью, образуя плотную опухоль. Обычно безоары формируются в желудке, но могут распространяться в тонкую кишку. Клиническая картина безоаров желудка разнообразная. Начало заболевания может быть бессимптомным, в последующем, по мере роста безоара периодически появляются боли, чувство тяжести в животе, тошнота, рвота, снижение аппетита, признаки кишечной непроходимости.

ЦЕЛЬ И ЗАДАЧИ ИССЛЕДОВАНИЯ:

1. Выявить ранние клинические признаки трихобезоара.
2. Провести анализ лечения пациентов с трихобезоаром по данным ДХО ГК БСМП г. Улан-Удэ с 1998 по 2008 гг.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Нами проведен клинический анализ лечения трихобезоара у детей по материалам ДХО ГК БСМП с 1998 — 2008 гг.

Мы располагаем 4 наблюдениями, в которых все были девочки в возрасте 14 — 16 лет.

Основными признаками волосяной опухоли были боли в животе, чувство перенаполнения в животе, рвота, анорексия, анемия, гипотрофия различной степени, синдром пальпируемой опухоли в эпигастральной области. Боли в животе периодического характера, беспокоящие в течение последних 3 месяцев

Боли в животе наблюдались в 3 случаях, рвота — 3, анорексия — 2, гипотрофия — 3, синдром пальпируемой опухоли в эпигастральной области — 4.

Пальпируемая опухоль в эпигастральной области замечена при проведении осмотра детей в школе врачом-педиатром, в последующем ребенок был направлен для обследования в Республиканскую детскую клиническую больницу.

Трихотилломания отмечена во всех случаях. Состояние детей при госпитализации — средней тяжести. В нескольких случаях отмечается слабость, периодические боли в животе, многократная рвота. Дети пониженного питания, астенического телосложения. Подкожно-жировой слой выражен слабо. Язык влажный, слегка обложен налетом. Живот асимметричен за счет вздутия нижних отделов, мягкий, умеренно болезненный в эпигастральной области. Перистальтика кишечника вялая. При пальпации в эпигастрии в проекции желудка определялось плотное, малосмещаемое, безболезненное, опухолевидное, бугристое образование размером 12 см × 10 см, нижняя граница образования определялась на уровне пупка. Стул, диурез в норме. В анализах крови выявлена гипохромная анемия 2 степени (Hb — 80 г/л, эритроциты — 2,8 × 10¹²). Проведено обследование — МСКТ органов брюшной полости с контрастированием.

В полости желудка определяется инородное образование размером 129 × 56 × 140 мм, повторяющее форму и контуры желудка. Данное образование расценено как безоар. При ФГДС пищевод, кардия обычные, в желудке определяется объемное образование, состоящее из спутанных волос черного цвета, занимающее весь просвет желудка от верхней трети до привратника, слизистая оболочка антрального отдела умеренно воспалена. Привратник приоткрыт. Слизистая оболочка луковицы двенадцатиперстной кишки розовая, умеренно отечная.

Заключение: инородное тело желудка (трихобезоар), поверхностный гастродуоденит.

УЗИ показало, что в проекции пальпируемой опухоли выявлено образование с неровной поверхностью, несмещаемое при изменении положения тела.

На рентгенограммах с барием определяется образование, обтекаемое контрастным веществом.

Эвакуация бария из желудка нарушена.

В одном случае пациентка первично обратилась в связи с суставным синдромом и эритематозной сыпью. В двух наблюдениях дети обратились за медицинской помощью с клиникой острой кишечной непроходимости. После проведенного комплексного обследования всем детям была проведена предоперационная подготовка, включающая в себя инфузионную, антибактериальную терапию.

По улучшению общего состояния ребенка проведено оперативное вмешательство, выполнена операция — срединная лапаротомия, гастротомия по передней стенке желудка, удаление безоара.

В брюшной полости — геморрагический выпот в умеренном количестве. В области желудка определяется объемное образование пластилиновой консистенции. Выполнена гастротомия, удален трихобезоар. Размеры удаленных инородных тел варьировали в пределах 12 см × 7 см, 35 см × 10 см весом до 600 граммов.

Трихобезоар представлял собой плотный войлокоподобный предмет с резким неприятным запахом.

Послеоперационный период протекал без осложнений, в удовлетворительном состоянии дети выписаны домой под наблюдение хирурга, педиатра и психиатра по месту жительства.

ВЫВОДЫ

1. Наличие плотной опухоли в эпигастральной области у детей, особенно у девочек, является ранним признаком трихобезоара
2. Тщательно собранный анамнез заболевания, включая неврологический статус, определяет дальнейшее обследование детей.
3. Применение УЗИ, эндоскопического, рентгенологического исследования позволили установить достоверный диагноз и определить показания к оперативному лечению.
4. Раннее оперативное лечение у детей с трихобезоаром предотвращает послеоперационные осложнения.

Н.В. Дуйбанова^{1,2}, Т.А. Байрова¹, А.Б-Ж. Бимбаев^{1,2}, Г.А. Краснояров²

ИМПУЛЬСНОЕ НИЗКОИНТЕНСИВНОЕ ЭЛЕКТРОМАГНИТНОЕ ПОЛЕ В ЛЕЧЕНИИ ПОДРОСТКОВ С ЭССЕНЦИАЛЬНОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

*Бурятский филиал научного центра проблем здоровья семьи и репродукции человека
Сибирского отделения РАМН (Улан-Удэ)
Бурятский государственный университет (Улан-Удэ)*

Согласно рекомендациям экспертов ВОЗ, в лечении лабильной эссенциальной артериальной гипертонии (ЭАГ) немедикаментозные методы могут рекомендоваться в качестве основного и даже единственного метода коррекции [2, 3, 4]. В ряду последних достоверно высокую эффективность имеют методы физиотерапии. К настоящему времени разработаны программы физиотерапии АГ в зависимости