

ность адекватно оценить нарушения гемодинамики почки и проводить их.

Основным признаком окклюзии верхних мочевых путей как и других обструктивных уropатий при ультразвуковом исследовании в режиме реального времени является дилатация чашечно-лоханочной системы. Однако существует ряд патологических состояний, при которых причиной дилатации ЧЛС не является обструкция, и, наоборот, при ряде состояний имеет место так называемая обструкция без дилатации. Причинами ложноположительного обнаружения гидронефрозозов и пиелокаликоэктазий являются: перастяжение мочевого пузыря; увеличение потока мочи (при действии диуретиков, контрастных средств, диабетической полиурии, острой и хронической почечной недостаточности в стадии полиурии); атония лоханки при острых воспалениях; туберкулез почек с деформацией ЧЛС, ампутация, склероз, дивертикулы чашечек различного генеза, пузырно-мочеточниковый.

Причинами же ложноотрицательной диагностики могут быть дегидратация, острая обструкция без дилатации, когда нет экскреции, хотя почка функционирует и об этом свидетельствует нефрограмма, экстрavasация мочи в паранефральное и периуретеральное пространства, повреждение собирательной системы почек, неправильная интерпретация изображений.

Целью работы явилась оптимизация алгоритма обследования больных с острой обструкцией верхних мочевых путей. Было проведено обследование 184 больных.

При поступлении выполнялась обзорная урография, ультразвуковое исследование почек, у 42 больных которые было дополнено ультразвуковым исследованием почечного кровотока. Изучение количественных параметров кровотока в междолевых артериях почек проводилось с помощью спектрального доплеровского режима. Определялись пиковая систолическая скорость кровотока, конечная диастолическая скорость кровотока, индекс резистентности. Затем, после купирования болевого синдрома, выполнялась экскреторная урография.

Внедрение ультразвуковой доплерографии почечных сосудов позволило на основании количественных параметров гемодинамики почки дифференцировать истинную гидронефротическую трансформацию от воспалительной атонии лоханки, диагностировать «обструкцию без дилатации».

Использование сонографии и экскреторной урографии позволяют получить взаимодополняющие данные о характере нарушений уродинамики верхних мочевых путей, проводить изучение прогрессирования уродинамических расстройств с течением времени. При дополнении этих исследований ультразвуковой доплерографией является возможность судить о нарушениях внутривисцерального кровотока и установить диагноз в сложных клинических ситуациях.

### Тактика при хирургическом лечении острого холецистита

Боршигов М.М., Барзаева М.А.

*Астраханская государственная медицинская академия, Астрахань*

В настоящее время в связи с широким внедрением в практическую деятельность ультразвукового метода исследования появились новые возможности объективной оценки степени воспалительных изменений стенки желчного пузыря и перивезикулярного пространства. К началу XXI века значительно возросло число пациентов, страдающих калькуллезным холециститом, что послужило основанием говорить о его "тихой эпидемии". Главным в тактике лечения острого холецистита являются сроки операций. Предшествующий опыт, скрытое, атипичное клиническое течение острого холецистита (с самого начала или чаще под воздействием консервативной терапии), «запоздалые» операции, высокая летальность и неудовлетворенность результатами лечения заставили нас пересмотреть тактику хирургического лечения острого холецистита, сделать ее более активной, отвечающей изменившимся условиям. По этой проблеме в данной работе проанализирован материал клиники общей хирургии за 8-летний период (1995-2002 гг.). За это время в клинику поступило 899 больных по поводу острого холецистита. Из них женщин было 657 (73%), мужчин - 242 (26,6%), в возрастных пределах от 17 до 85 лет (соотношение заболевания у мужчин и женщин составило 1:3). Чаще всего острый холецистит встречался в возрастной группе от 50 до 80 лет (75%). По сравнению с нашими данными за период 1969-1979 гг., можно судить о «постарении» контингента пациентов с острым холециститом. В настоящее время мы придерживаемся следующей тактики лечения острого холецистита, по которой больные распределяются на 3 группы. Первую группу составляют пациенты, у которых течение болезни приняло бурный характер, имелась клиника местного или распространенного перитонита, подозрение на деструкцию или перфорацию желчного пузыря. Эта группа больных подлежит экстренной операции в первые часы после 2 – 4 часовой интенсивной предоперационной подготовки и дополнительного обследования.

Ко второй группе были отнесены больные с острым холециститом без перитонита. При поступлении и в ближайшие часы пребывания в клинике у этих пациентов не было абсолютных показаний к операции. Лечение таких больных начинали с консервативных мероприятий (антиспазматические средства, новокаиновые блокады, инфузионная терапия, антибиотики и т.д.). Если в течение первых 2 – 3 суток острый процесс не купировался или нарастали воспалительные явления, то это служило показанием к срочной операции.

Остальные больные были отнесены к третьей группе. Под воздействием консервативной терапии острые воспалительные изменения в желчном пузыре у этих пациентов купируются и наступает, так называемый, «холодный период». В дальнейшем данная группа больных обследуется (УЗИ, по необ-

ходимости – холецистохолангиография, эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография, лабораторные анализы, консультации специалистов и т.д.). Часть из них, при наличии показаний и при согласии, оперируются в плановом порядке.

Эти три группы больных с различной тактикой и различной летальностью или ее отсутствием не сравнимы. Более высокая летальность в первой группе больных лишь свидетельствует о тяжести патологии и в этой связи нередко - о ее запущенности.

Во всех трех группах больных операция - холецистэктомия чаще всего выполнялась из косога доступа в правом подреберье – у 713 (79,3%) больных, в 144 (16%) случаях – из верхнесрединного, у 11 (1,2%) пациентов – из параректального доступа и у 31 (3,5%) больных была выполнена лапароскопическая холецистэктомия.

По сравнению с нашими данными за период 1969 – 1979 гг., когда хирургическая активность составляла 26,5%, отмечается смена хирургической тактики в сторону ее активизации, из всех поступивших больных с острым холециститом за период с 1995-2002гг. было прооперировано 42% пациентов. Это позволило нам снизить показатели послеоперационной летальности с 8,6% в 1969 – 1979 гг. до 2,2% в 1995 – 2002 гг.

### **Гигантский безоар желудка**

Борщигов М.М., Барзаева М.А.

*Астраханская государственная медицинская академия, Астрахань*

Безоары - псевдоопухоли образующиеся из растительной клетчатки, косточек, листьев, волос, которые в желудке пропитываются слизью, перемешиваются с пищевыми массами, под влиянием микроорганизмов и желудочного сока претерпевают различные изменения. В зависимости от состава основного вещества безоара различают: фитобезоары-камни из косточек плодов, особенно из косточек плодов хурмы, трихобезоары- желудочные камни из проглоченных волос и шерсти, себобезоары- жировые камни из проглоченного животного жира- в основном козьего или говяжьего); пиксобезоары- плотные образования, состоящие из смолы; минералобезоары- состоящие из мела, шеллак-безоары- из красящих и смолистых веществ, гематобезоары - из сгустков крови, микробезоары - грибы, псевдобезоары и смешанные.

Мы приводим пример собственного наблюдения гигантского полимеробезоара.

Больной Б., 60 лет, поступил в хирургическое отделение ГКБ № 3 им С.М.Кирова г.Астрахани 30.09.03 с клиникой острого панкреатита. Заболел 7 дней назад после обильного приема суррогатов алкоголя, стал неадекватен, поступил в психиатрическую клинику. Состояние больного постепенно ухудшалось, в связи с чем был транспортирован в дежурную клинику. Состояние тяжелое, заторможен, на вопросы отвечает адекватно, но с трудом. Контакт затруднен. Пульс 100 уд в мин. АД - 90/60

мм.рт.ст. Живот несколько поддут, мягкий, болезненный в эпигастрии где пальпируется плотное, болезненное, подвижное образование больших размеров 20 x 15 см без участков размягчения. Предварительный диагноз: Острый панкреатит инфильтрат сальниковой сумки. Проводилась противовоспалительная, дезинтоксикационно-корректирующая терапия. При УЗИ в эпигастрии, в проекции пальпируемой опухоли обнаружено образование без четких контуров, жидкостенных полостей. Связать его с каким-то органом невозможно (находится кпереди от поджелудочной железы). ФГДС: при подробном осмотре, после промывания желудка по большой кривизне от кардия до антрального отдела визуализируется темно-серое с неровной поверхностью образование, не смещаемое при изменении положения тела. Структура крайне плотная, не кровоточит. Заключение: Безоар желудка. Рентгеноскопия желудка. После приема контраста через рот, акт глотания не нарушен. Желудок резко увеличен в объеме, в нем виден дефект наполнения, с нечеткими контурами. Структура дефекта наполнения неравномерна. Перистальтика отсутствует, эвакуации из желудка нет. Заключение: Безоар желудка. Анализ крови. Нб 119г/л; Ze 17,7-10, ЭР 3,55-10, СОЭ 35 мм/ч.

14.10.03. Операция: Лапаротомия. Гастротомия, Удаление безоара. Дренирование брюшной полости. Желудок больших размеров, всю его полость занимает плотной консистенции образование. Гастротомия по передней стенке желудка, через который удален черного цвета безоар размерами 30 x 15 см, представляющий собой слепок полости желудка. После операции с больным проведена беседа в ходе которой дополнительно удалось выяснить, что он до поступления в психиатрическую клинику употреблял суррогаты алкоголя и выпил монтажную пену (полиуретановая монтажная пена -4,-4,-дифенилметандиизоционат). 28.10.03г. на 14 сутки после операции в удовлетворительном состоянии выписан на амбулаторное лечение. Послеоперационная рана регенерировала первичным натяжением. Швы сняты.

Литература:

1. Агрба В.З. Безоары желудка. Клин. мед. 1981; 59(4):85-86
2. Беляев А.А. Безоары желудка и их осложнения. Хирургия.1993;5:44-47.
3. Смаков Г., Карпов В., Куницкий Ю., Хрикулов Ю. Безоары желудочно-кишечного тракта. Врач 1998; 6:22-23.

### **Новая технология лечения больных туберкулезом легких с множественными деструкциями**

Гаврильев С.С., Винокурова М.К., Илларионова Т.С., Яковлева Л.П.

*Якутский научно-исследовательский институт туберкулеза Минздрава Республики Саха (Якутия), Якутск*

Актуальность. Лечение больных туберкулезом легких с множественными деструкциями легочной