

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 косоого 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