Известно, что СОД превращает супероксид в перекись водорода (Т.Б. Атанаев и др., 1990). При недостаточной ее активности возможны нежелательные реакции супероксида. Так, взаимодействуя с окисью азота, супероксид образует весьма токсичное соединение – пероксинитрит (Ю.А. Владимиров и др., 1969), который может повреждать клетки эндотелия и нарушать регуляцию кровяного давления. По нашим данным глицин позволяет удержать активность СОД на более высоком уровне при инфаркте миокарда, что, приводит к меньшей интенсификации процесса свободнорадикального окисления.

Секция «Актуальные вопросы хирургии», научный руководитель – Стяжкина С.Н., д-р мед. наук, профессор

ОПУХОЛИ МЯГКИХ ТКАНЕЙ ПРОМЕЖНОСТИ

Аверина Е.О., Исламова Х.З., Лебедева И.С.

ГБОУ ВПО «Ижевская государственная медицинская академия», Ижевск, e-mail: Irina-lebedeva@inbox.ru

Цель исследования: изучить особенности клинической картины и диагностики опухолей мягких тканей промежности на современном этапе.

Материалы и методы: истории болезни пациентов, оперированных по поводу опухолей мягких тканей промежности в проктологическом отделении БУЗ УР «1РКБ МЗ УР» с 2009 по 2013 гг.

Результаты исследования: операции по поводу опухолей мягких тканей промежности составляют менее 0,1% от всех операций, проведенных в проктологическом отделении БУЗ УР «1РКБ МЗ УР» с 2009 по 2013 гг., что обуславливает необходимость тщательного анализа каждого случая. Особенности развития заболевания, клинической картины и результаты оперативных вмешательств изучены у 8 пациентов с опухолями мягких тканей промежности в возрасте от 23 до 62 лет, находившихся на стационарном лечении в проктологическом отделении БУЗ УР «1РКБ МЗ УР». Наиболее распространенным гистологическим типом опухолей явились тератомы (дермоидные кисты) – 50% случаев, также встречались рабдомиосаркома, миксома и гемангиома (по 12,5%). Средние сроки обращения за медицинской помощью с момента появления образования составили 12,5 мес. При этом для пациентов с окончательным диагнозом тератомы – 22 мес., для остальных – 4 мес. Основными причинами обращения за медицинской помощью послужили: быстрый рост новообразования – 62,5%, дискомфорт в положении сидя или лежа, при ходьбе, туалете промежности и акте дефекации – 25%, периодическое выделение гноя и боль – 12,5%. Средние сроки от момента обращения до постановки предварительного диагноза составляют 1,37 мес. (около 7 недель). Частота совпадения клинического и гистологического диагнозов составляет 25%. Основными инструментальными методами диагностики, применяемыми при данной патологии являются: УЗИ, МРТ, пункционная биопсия.

Выводы: 1.целесообразно проведение санитарно-просветительской работы, направленной на раннее обращение пациентов с опухолевидными образованиями промежности для своевременных диагностики и лечения. 2. Обязательным является проведение гистологического исследования операционного материала, т.к. данные клинических и инструментальных методов исследований не позволяют верифицировать диагноз.

РЕФЛЕКСИВНАЯ ОЦЕНКА САМОЧУВСТВИЯ, АКТИВНОСТИ И НАСТРОЕНИЯ У БОЛЬНЫХ ДИФФУЗНО-ТОКСИЧЕСКИМ ЗОБОМ ПОСЛЕ ТИРЕОИДЭКТОМИИ

Бронникова К.Н., Мифтахутдинова А.А., Тухватуллина А.А.

ГОУ ВПО «Ижевская государственная медицинская академия», Ижевск, e-mail: lora.braun1292@yandex.ru; РКБ № 1, Ижевск

Недостаточное удаление ткани щитовидной железы приводит к рецидиву заболевания, а излишнее удаление – к послеоперационному гипотиреозу. Психоэмоциальное состояние больных с гипотиреозом зависит от давности и выраженности низкого содержания тиреодных гормонов. Чаще больные с гипотиреозом жалуются на слабость, сонливость, снижение памяти, замедленность мышления, быструю утомляемость.

Цель работы: изучить психоэмоциональное состояние больных диффузно-токсическим зобом после субтотальной и тотальной тиреоидэктомии.

Задачи: изучить по историям болезни эпидемиологию, клинику больных до и после субтотальной и тотальной тиреоидэктомии.

Материалы и методы. Для выполнения поставленных целей было отобрано 20 историй болезни за 2012 год у больных диффузно-токсическим зобом, поступивших в хирургическое отделение РКБ № 1.

Результаты. Было выявлено,чтоу большой части пациентов хорошее самочувствие-17 пациентов (85%), плохое-3 человека (15%). Преобладают лица с низкой активностью-13 пациентов (65%), высокая активность–7 пациентов (35%).У большинства пациентов настроение хорошее – 16 пациентов (80%), плохое – 4 пациента (20%). Преобладалилица,которым была выполнена тотальная тиреоидэктомия – 18 пациентов (90%), субтотальная – 2 пациента (10%). У пациентов с субтотальной тиреоидэктомией степень выраженности характеристик самочувствия, активности и настроения выше в сторону положительного полюса,чем у пациентов с тотальной тиреоидэктомией.По половому составу преобладают лица женского пола–16 пациентов (80%), мужчин – 4 пациента (20%). По возрастному составу велика доля лиц в возрасте 40-50 лет – 11 пациентов (55%), в возрасте 30-40 лет – 6 пациентов (30%), в возрасте 50-60 лет – 3 пациента (15%).Средняя длительность заболевания составила 5 -10 лет–9 пациентов (45%),1-5 лет-6 пациентов (30%), 10-15 лет–3 пациента (15%), более 15 лет – 2 пациента (10%).

Выводы: у большинства пациентов самочувствие и настроение хорошие, но низкая активность. У пациентов с субтотальной тиреоидэктомией степень выраженности характеристик самочувствия, активности и настроения выше в сторону положительного полюса, чем у пациентов с тотальной тиреоидэктомией.

ИНФАРКТ МИОКАРДА У БОЛЬНЫХ ХИРУРГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ

Давлетов А.Р., Гимасова Л.Ф., Сысоева И.Г.

ГБОУ ВПО «Ижевская государственная медицинская академия», Ижевск, e-mail: Hvorenkoff@yandex.ru

Согласно проведенным исследованиям, инфаркт миокарда может возникнуть после операции (не на сердце и сосудах) не только у людей, имеющих заболевания сердца, но и у тех, кто имеет другую патологию. Известно, что инфаркт миокарда – одна из клинических форм ишемической болезни сердца, протекающая с развитием ишемического некроза участка миокарда, обусловленного абсолютной или относительной недостаточностью его кровоснабже-

ния. Факторами риска являются – табакокурение, алкоголь, ожирение, сахарный диабет.

Инфаркт миокарда как послеоперационное осложнение является крайним проявлением нередкой ишемии мышцы сердца, которая может иметь различную выраженность от мелкоочагового субэпикардиального повреждения до крупноочагового трансмурального некроза. Причина – послеоперационная эпизодическая гипоксемия. После хирургического вмешательства (не на сердце) ишемия миокарда сочетается, как правило, с тахикардией, и появление тахикардии на фоне эпизодической гипоксемии наблюдается в послеоперационном периоде. Таким образом, сочетание тахикардии с артериальной гипоксемией в послеоперационном периоде очень неблагоприятно для сердца, так как при этом уменьшается снабжение миокарда кислородом на фоне повышенной потребности в нем.

Клиника – послеоперационный инфаркт миокарда протекает без типичного болевого ангинозного приступа. Иногда это осложнение развивается предельно остро и может проявляться не столько тахикардией, падением системного артериального давления и тяжелыми нарушениями сердечного ритма, сколько общим недомоганием, головокружением и оглушенностью.

При недостаточной интенсивности послеоперационного наблюдения инфаркт миокарда протекает как отек легких или регистрируется внезапная клиническая смерть на фоне внешнего благополучия.

Рассмотрим клинический пример. Больной М 62 лет поступил с жалобами и объективными данными, указывающими на диагноз – хронический панкреатит, киста поджелудочной железы. Больному была под УЗИ-контролем под местной анестезией выполнена пункция кисты троакаром (d=4 мм), в полость кисты установлена полихлорвиниловая трубка d=3 мм, дренаж фиксирован. Далее, во время обхода врача, все показатели (в том числе артериальное давление и пульс) у пациента были в пределах нормы. Жалоб, кроме чувства тяжести в области дренажа и повышения температуры тела по вечерам, не было. Спустя 32 дня пациент обнаружен в палате без признаков сердечно-легочной деятельности. Реанимационные мероприятия в течение 40 минут оказались неэффективны, была констатирована биологическая смерть.

Был поставлен следующий патологоанатомический диагноз: острая сердечная недостаточность, ишемическая болезнь сердца, острая коронарная недостаточность: контрактурные повреждения кардиомиоцитов, фрагментация мышечных волокон, стаз, эритродиапедез, ангиоспазм, неравномерное кровенаполнение. Диффузный мелкоочаговый кардиосклероз. Фон: атеросклероз с преимущественным поражением коронарных артерий. Осложнения: отек легких, отек головного мозга, венозное полнокровие и глубокие дистрофические изменения внутренних органов. Сопутствующие: хронический панкреатит, киста головки поджелудочной железы.

Таким образом, несмотря на казалось бы успешную операцию, человек умер. Следовательно, врач должен проводить предоперационную оценку риска сердечно-сосудистых осложнений. Цели предоперационного обследования – оценить риск сердечно-сосудистых и внесердечных осложнений, при высоком риске- выработать стратегию его снижения. Также для снижения риска важен анамнез (определение функционального статуса, оценка состояния сердечно-сосудистой системы, оценка состояния других органов и систем), тип операции и сроки ее проведения, физикальное исследование, лабораторные исследования, электрокардиограмма, ЭхоКГ.

Факторами, указывающими на высокий послеоперационный риск сердечно-сосудистых осложнений, являются: инфаркт миокарда в предшествующие 6 месяцев, возраст старше 70 лет, диастолический ритм галопа или набухание шейных вен, гемодинамически значимый аортальный стеноз, несинусовый ритм или частая предсердная экстрасистолия на предоперационной ЭКГ, тяжелое общее состояние, полостная операция, операция на аорте, экстренный характер операции.

Следует отметить, что каждый пациент индивидуален, у кого-то может быть «слабое» сердце, и перед операцией врач обязан, соблюдая деонтологию, настроить пациента на хороший исход операции. Ведь слово врача и лечит, и калечит.

ИЗУЧЕНИЕ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ У БОЛЬНЫХ, СТРАДАЮЩИХ ГЕМОРРОЕМ

Дмитриева Л.В., Муртазина Р.Ю.

ГБОУ ВПО «Ижевская государственная медицинская академия», Ижевск, e-mail: Hvorenkoff@yandex.ru

Длительно существующее болезненное состояние с выраженным физическим дискомфортом, куда относится и геморрой, является мощным стрессовым фактором, влияющим на психологические и физиологические составляющие компоненты здоровья человека. Доказано, что длительно существующий стресс оказывает отрицательное действие на психологическое и телесно-физиологическое состояние человека.

Цель работы: изучить качественные показатели физического и эмоционально-психического здоровья у пациентов, страдающих геморроем.

Материал и методы: нами обследовано 50 больных 1 РКБ проктологического отделения, страдающих геморроем, в возрасте от 20 до 72 лет. Изучение качества жизни оценивали с помощью теста-опросника sf-36. Результаты сравнивали с контрольной группой, в которой участвовали 50 практически здоровых лиц. Также для оценки качества жизни определили уровень реактивной тревожности с помощью опросника Спилберга-Ханина. Опрос проводился в послеоперационном периоде этой же группы больных в количестве 50 человек.

Результаты исследования: тестирование показало, что у больных геморроем страдает преимущественно психологический компонент здоровья, так как значительно ограничены показатели жизненной активности (44,9 балла) и психического здоровья (42,8 балла), характеризующее наличие тревоги и депрессии (в контрольной группе – 52,7 и 51,8, соответственно). Социальное функционирование ограничено до 48,1 баллов, у здоровых – 52,8. Ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием, составляет 47,1 баллов, а в контрольной группе – 51,9.

В физическом компоненте здоровья показатель физического функционирования (45,2 баллов) и ролевого функционирования (49,8 баллов), отражающие влияние физического состояния на выполнение физических нагрузок и повседневную деятельность, имеют тенденцию к снижению (в контрольной группе 54,7 и 53,4 балла, соответственно). Общее состояние здоровья также достоверно снижено по сравнению с контрольной группой (46,1 баллов и 53,7 – у здоровых, соответственно). Интенсивность боли у пациентов, страдающих геморроем составляет 47,7 баллов, а у здоровых – 53,1.

При изучении уровня тревожности с помощью теста Спилберга-Ханина: у 59% больных выявлен