

Данные лабораторно-инструментальных исследований.

В биохимическом анализе крови: ТТГ 2,26 мкМЕ/мл, Т4 14,5 мкМЕ/мл

УЗИ: расположение щитовидной железы асимметричное, контуры неровные. Правая доля: толщина-5,5 см, длина-11см, ширина- 5,8 см, объем- 200 см³. Левая доля: толщина-4,0 см, длина-10 см, ширина-4,5 см, объем-90 см³. Перешеек-15 мм. Суммарный объем - 290 см³. Структура изоэхогенная, неоднородная, обе доли заполнены конгломератными узлами до 3-4 см. Увеличения шейных лимфоузлов нет. Заключение: диффузно-узловой эутиреоз.

Пункционная биопсия: узловой коллоидный зоб.

Диагноз: диффузно-узловой зоб IV степени по Николаеву.

Пациентке успешно проведена субтотальная резекция щитовидной железы, и назначена заместительная тиреоидная терапия- L-тироксин.

Таким образом, диффузно-узловой зоб – это заболевание, которое имеет множество осложнений, начиная от сухости кожи, выпадения волос до озлокачествления узловых образований в щитовидной железе. Но в нашем случае пациентка обошлась легкими последствиями. А также с помощью этого случая можно наглядно убедиться в том, что предрасполагающими факторами являются не только дефицит поступления йода в организм, но и важнейшую роль играют наследственный фактор, наличие сопутствующих заболеваний (сахарный диабет 2 типа) и пренебрежение назначениями врача (пациентка не принимала L-тироксин по поводу гипотиреоза). Также, хочется отметить, что таких случаев немало, чаще они происходят по вине самого больного из-за незнания своей болезни, пренебрежения своим здоровьем, социального фактора. Для профилактики таких случаев хотелось бы, чтобы издавалось больше брошюр, описанных доступным для пациентов языком со всем перечнем осложнений, проводились ознакомительные беседы врачами-эндокринологами со своими пациентами, где также были оговорены все последствия в случае некорректного отношения к своему здоровью.

ОСОБЕННОСТИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ ПАНКРЕАТИТОМ

Сидоренко А.Ю.

*Кафедра общей хирургии №1 Пермского государственного
медицинского университета им. академика Е.А. Вагнера
Минздрава России, Пермь, Россия, uifemia29@gmail.com*

По данным ВОЗ за 2014 г. уровень летальности при остром панкреатите достигает 45-70%. Необходима разработка новых методов ранней диагностики осложнений острого панкреатита в периоперационном периоде.

Цель работы – разработка программы-экспертной системы помощи врача при диагностике острого панкреатита, его осложнений и отдаленных исходов на основании универсального алгоритма обработки статистических данных.

Для разработки прототипа экспертной системы построен расширенный информационный базис на структурировании данных, полученных путем анализа национальных руководств по тактике лечения острого панкреатита, историй болезни пациентов с острым панкреатитом, а также результатами дополнительных исследований.

Проведен ретроспективно-проспективный анализ результатов хирургического лечения 396 пациентов с различными формами острого панкреатита, находив-

шихся на лечении в хирургическом отделении ГАУЗ ПК ГКБ №4 в период с 2013г по 2015 г. Гендерный состав пациентов: мужчины - 254 (64,1 %), женщины – 142 (35,9 %). Средний возраст пациентов составил 49 ± 14,2 лет. Острый панкреатит лёгкой степени тяжести наблюдался у 239 (60,4%) пациентов, средней степени тяжести течения – у 6 (1,5%), тяжёлой степени (панкреонекроз) – у 83 (38,1%) пациентов. У 11 (2,8%) больных в анамнезе имелся панкреонекроз. В 51 (12,9%) случае панкреонекроз осложнился распространенным ферментативным перитонитом.

Спектр стандартных исследований согласно медико-экономических стандартам и клинко-статистическим группам расширен дуплексным и триплексным ультразвуковым исследованием сосудов чревного ствола и его ветвей у 107 больных (27,0%), ежесуточным проведением полипозиционной термометрии высокого разрешения у 19 пациентов (4,8%) в течение всего срока госпитализации. Всего комплексное хирургическое лечение проведено 116 (29,3%) пациентам. Среди них: лапароскопия – у 65 (16,4%), вскрытие абсцессов брюшной полости - у 14 (3,5%), холцистэктомия – у 10 (2,5%), лапаростомия и этапные лапароскопии выполнены у 13 (3,3%) пациентов. В удовлетворительном состоянии выписано 88 (75,9%) пациентов. Средний койко-день составил 10±3,4. Для дальнейшего лечения, в терапевтическое отделение были переведены 17 (4,3%) человек. Послеоперационная летальность составила - 18 (15,5%), общая летальность в группе – 24 (6,1%).

Установлено, что в фазе токсемии по результатам УЗИ увеличивается скорость кровотока во всех сосудах системы чревного ствола, в верхней брыжеечной артерии и в системе воротной вены в среднем в 1,5 раза и более, отмечено более быстрое снижение температуры кожи и интенсивности колебаний после включения нагрева.

Таким образом, использование предложенного расширенного информационного базиса является существенным шагом в создании экспертной системы помощи врачу-хирургу, а также позволяет облегчить диагностику осложнений острого панкреатита в периоперационном периоде.

ВЛИЯНИЕ БИОЛОГИЧЕСКОГО ВОЗРАСТА В ЛЕЧЕНИИ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ В ХИРУРГИИ

Хасанова М.Р., Нафикова Р.А., Черемисин И.А.,
Мухин А.Н., Карамова Р.Ф., Хасанов А.Г.

*Башкирский государственный медицинский университет,
Уфа, Россия, minlegulkhasanova@yandex.ru*

Актуальность. На сегодняшний день серьезную проблему для хирургов, анестезиологов и реаниматологов представляют заболевания органов брюшной полости. Это связано с тем, что при данных патологических состояниях могут возникнуть тяжелые расстройства важнейших функций организма (дыхания, кровообращения, кислотно-основного состояния и т.д.). По срочности проведения, операции делятся на 3 вида: экстренные (выполняются в первые часы после поступления больного), срочные (в первые сутки), плановые (с возможностью отложения без угрозы для жизни пациента [5]. Для успешного лечения необходима правильная предоперационная подготовка, выбор объема оперативного вмешательства, определение риска анестезии, ведение послеоперационного периода. На сегодняшний день имеются специальные шкалы, позволяющие оценить состояние больного: Шкала APACHE II, шкала APACHE III, Original Simplified Acute Physiology Score (SAPS), New Simplified Acute