

На основе иммуноферментного анализа токсоплазмозная этиология заболевания установлена у 17,14% пациентов, герпетическая этиология – 2,87%, токсоплазмозно-герпетическая – 8,57%, хориоретинит смешанной этиологии (герпетическая, токсоплазмозная, цитомегаловирусная, хламидийная) – 28,57%, хориоретинит неясной этиологии – 42,86%. При лабораторной диагностике у 51,43% пациентов в общем анализе крови имелись изменения: лейкоцитоз – 28,57%, ускорение СОЭ – 22,86%, лимфоцитоз – 14,29%. Отклонения в иммунограмме в виде повышения активности Т-клеточного иммунитета, снижения Ig A и IgE найдены у 20% пациентов. При этом общий анализ мочи и биохимический анализ крови у всех пациентов соответствовал норме.

В случае клинико-лабораторного подтверждения этиологии заболевания лечение острого хориоретинита начинали с этиологической терапии. Применялись антибиотики широкого спектра действия, а также широко использовалась противовоспалительная терапия кортикостероидами, НПВС, вазоактивные препараты, антиоксиданты, препараты, усиливающие трофическую функцию, мидриатики.

Выводы. При анализе полученных результатов обращает на себя внимание низкий уровень диагностики этиологии данного заболевания. Только в половине случаев был выявлен возбудитель воспаления. Проведенное исследование подтвердило высокую эффективность комбинированного лечения пациентов с хориоретинитами различной этиологии. Дальнейшее изучение данной проблемы позволит разработать более конструктивные подходы к диагностике хориоретинитов. Совершенствование помощи пациентам, страдающим воспалительными заболеваниями заднего отдела увеального тракта, остается важнейшей задачей офтальмологической службы.

Литература:

1. Авдеева, О.Н. Роль методов инструментальной диагностики в верификации активности хориоретинитов различной этиологии / О. Н. Авдеева // Медицинский вестник Башкортостана. – Т. 9. – №2. – С.154-156
2. Полунин, Г.С. Современные подходы к комплексному лечению хориоретинитов различной этиологии /Г.С. Полунин, О.К. Воробьева // Клиническая офтальмология. – Т. 3. – №1. – С. 16-18.

ИЛЕОТРАНСВЕРЗОСТОМИЯ С СОХРАНЕНИЕМ ПРАВОГО ФЛАНГА ТОЛСТОЙ КИШКИ И ЕЁ ОСЛОЖНЕНИЯ

Лукашевич Ю.Ф. Хакимов Х.В.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра общей хирургии

Научный руководитель – к.м.н., доц. Цилиндзь И.Т.

При создании илеотрансверзоанастомоза и выключении из пассажа кишечного содержимого слепой кишки с илеоцекальным клапаном и восходящего отдела ободочной кишки возникает синдром "слепого мешка". Клинически это состояние проявляется неустойчивым стулом, чаще поносами, болями в правой половине живота. Эти симптомы связаны с отсутствием регулирующей функции баугиниевой заслонки, а также ретроградным забросом и скоплением кишечного содержимого в слепой кишке и восходящей части ободочной.

Цель исследования – изучить осложнения илеотрансверзостомии при сохранении правого фланга толстой кишки.

Материалы и методы – ретроспективный анализ резекций тонкой кишки с последующим наложением илеотрансверзоанастомоза выполненные у 14 больных. Возраст пациентов - от 47 до 80 лет. Всем больным резекция тонкой кишки производилась в пределах здоровых тканей, после чего формировался илеотрансверзоанастомоз.

Результаты - известно, что состояние больных и их выживаемость при острой кишечной непроходимости зависят не только от вида кишечного анастомоза, но и от объема резекции, наличия и тяжести перитонита. Из 14 больных перитонит отсутствовал у 4, у 7 он был в реактивной и у 3 - в токсической фазе. Объем резекции кишки у 3 больных не превышал 100 см, у 11 составил 100-150 см. Из 14 больных в раннем послеоперационном периоде умерли 7. Только в одном случае летальный исход был связан с осложнением хирургического вмешательства - несостоятельностью швов илеотрансверзоанастомоза. Один больной умер от прогрессирующего перитонита. Остальные 5 больных умерли от прогрессирования и осложнений сопутствующих заболеваний: хронической почечной недостаточности (2), сердечной недостаточности (2) и эмболии легочной артерии (1). При оценке отдаленных результатов из 7 выписавшихся больных хороших показателей не получено ни у одного. Удовлетворительный результат отмечен у 4 больных, неудовлетворительный - у 3. В отдаленном периоде проводилось обследование пациентов, в частности, рентгенологическое исследование кишечника. При исследовании моторной функции тонкой кишки и состояния выключенной правой половины ободочной кишки у всех больных установлены хорошая проходимость межкишечного соустья и ускоренное продвижение контрастирующей взвеси по тонкой кишке. Если в норме время прохождения бариевой взвеси по тонкой кишке принято считать за 4-4,5 ч, то у наших больных оно колебалось от 2,5 до 3 ч. Кроме того, у всех больных наблюдался ретроградный заброс контрастирующей массы в правую половину толстой кишки, а иногда тугое ее заполнение.

Выводы - таким образом, илеотрансверзостомия с сохранением правого фланга толстой кишки не такая безопасная операция, как об этом приходится слышать. Некоторые больные после илеотрансверзостомии нуждаются в повторной реконструктивной операции, направленной на включение правой половины ободочной кишки в пассаж химуса и восстановление регулирующей функции баугиниевой заслонки.

Литература:

1. Ривкин, В.Л., Капуллер Л.Л. Колонопроктология /В.Л. Ривкин, Л.Л. Капуллер// ГЭОТАР-МЕДИА., М.-2011.-368С.

2. Бондарь, Г.В. Низкая брюшно-анальная резекция в лечении рака прямой кишки /Г.В. Бондарь// Онкология.-2002.-№1.-С.59-61.