

сторони порожнини шлунка прошиваються обвивним кетгуттовим швом з захопленням м'язового шару. В разі прорізання швів застосовуються П-подібні шви. Після пілороділятації з цього ж доступу ревизували дванадцятипалу кишку. Після гастропластики враховуючи високі показники кислотопродукції операція у 2 хворих доповнена селективною проксимальною ваготомією, а у 3 хворих з нормальною кислотопродукцією з метою корекції атрофічних змін слизової в зоні втручання, операція завершена десимпатизацією лівої шлункової артерії.

У 1 хворого на синдром Маллорі-Вейса з супутньою важкою кардіальною патологією переносимість лапаротомії була сумнівною. В умовах ангиографічного кабінету після контрастування лівої шлункової артерії та констатації продовження кровотечі з розриву передньої стінки кардіального відділу шлунка була проведена емболізація артерії. Хворий одужав, маніфестації кровотечі не було.

При проведенні контрольних оглядів та повторних курсів профілактичного лікування на протязі 2-4 років, незважаючи на рецидивний характер синдрому Маллорі-Вейса ні в одному з спостережень рецидиву захворювання та переходу в виразкову хворобу шлунка не було.

АНАЛІЗ ПСИХОЛОГІЧНОГО СТАНУ У ХВОРИХ ПІСЛЯ ОПЕРАЦІЇ НА ЩИТОПОДІБНІЙ ЗАЛОЗІ

В.Р. Антонів, В.С. Кульбака, Л.Л. Сук (Київ)

Нами проведено обстеження 874 хворих, яким виконано органозберігаючі операції на щитоподібній залозі у віці 18 – 74 роки на протязі першого року після операції. В залежності від функціонального стану, хворих розподілено на 2 групи: перша: - 340 хворих, що перебували в еутиреоїдному стані і не потребували після операції постійної замісної терапії, друга – 534 хворі після органозберігаючої операції, яким необхідно в комплексному лікуванні використовувати гормони щитоподібної залози.

У 752 (86%) хворих занепокоєння захворюванням, наявністю післяопераційного рубця, періодичні локальні болі є серйозним ударом по їх особистій самооцінці, викликають думки про втрату свободи дії та свою повноцінність. У 245 (28%) хворих тиреоїдна патологія може супроводжуватися тимчасовими розладами статевої діяльності, порушенням менструального циклу. Вже з перших днів післяопераційного періоду у 629 (72%) хворих проходить раптова зміна настрою та емоцій. В другій групі з гіпотиреозом депресивний стан охоплює 347 (65%), у порівнянні з першою групою - 47 (1.4%) хворих.

На психологічний стан суттєво впливають загострення соматичних захворювань та прийом при цьому деяких препаратів, що спостерігається у 419 (48%) пацієнтів обох дослідницьких груп. У 542 (62%) існує "феномен

ярлика," тобто до клінічних ознак гіпотиреозу приєднується псевдопозитивний результат досліджень, наприклад ультразвукового дослідження - виникає необгрунтована тривога можливого виникнення рецидиву, раку щитоподібної залози. 148 (17%) хворих скаржилися на тривалу втрату працездатності і знижену якість життя.

Для нормалізації психологічного стану пацієнта в нових умовах післяопераційного періоду, що склалися в організмі, необхідно з перших днів після операції виконувати відповідну його корекцію. Для створення емоційного комфорту в організмі з самого початку необхідно перед хворими поставити певну мету і задачу, дотримання правильного режиму праці і відпочинку, виключення негативних емоцій, при необхідності прийом седативних засобів рослинного походження, правильне харчування. У зв'язку з можливим виникненням остеопорозу, важливо отримувати достатню кількість кальцію з їжею, виконувати на протязі першого місяця після операції лікувальний масаж та фізичні вправи для ший. Підбір дози замісної терапії проводиться на основі клінічного обстеження та гормонального рівня крові.

МЕТАБОЛИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ ФЕРРОКИНЕТИКИ У БОЛЬНЫХ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ, ОСЛОЖНЕННОЙ КРОВОТЕЧЕНИЕМ

В.В. Бойко, М.П. Брусницына, Л.Г. Яновская, Р.И. Османов (Харьков)

Железо является незаменимым микроэлементом, наиболее существенная его функция – перенос и депонирование кислорода, участие в большом числе физиологических процессов.

Обеднение организма железом вызывает ряд неблагоприятных симптомов со стороны сердечно-сосудистой, пищеварительной и нервной систем. При дефиците железа страдает иммунитет, повышается восприимчивость к инфекции. При тканевой гипоксии при дефиците железа нарушается микроциркуляция, трофические процессы в слизистой желудка. Особенно страдают эпителиальные образования.

Метаболические нарушения феррокинетики изучены у 35 больных (мужчин-32, женщин – 3, в возрасте от 21 до 77 лет) при госпитализации в клинику института по поводу острого желудочно-кишечного кровотечения язвенной этиологии, а также у 13 больных (все мужчины, в возрасте от 26 до 63 лет) в ближайшем послеоперационном периоде (8-10 сутки) после операции органосохраняющими и резекционными методами.

Изучались следующие показатели: концентрация гемоглобина крови, характеризующая эритроцитарный (гемоглобиновый) фонд железа; содержание железа и общую железосвязывающую способность (ОЖСС) в крови, отражающие состояние запасного фонда железа.