

245. ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ УЛЬТРАСОНОГРАФИИ В ВЫЯВЛЕНИИ ОБЪЕМНЫХ ОБРАЗОВАНИЙ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ (КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ)

Садыкова Е.Ф., Абсалямова Л.Р., Абдулхаков С.Р., Сайфутдинов И.М., Фролова Э.Б.

Клинический госпиталь МВД по РТ (г. Казань, Россия), Кафедра общей врачебной практики Казанского государственного медицинского университета, Межрегиональный клинико-диагностический центр (г.Казань, Россия)

Под нашим наблюдением находилась пациентка с бластомой головки поджелудочной железы с признаками сдавления и прорастания в интрапанкреатическую часть холедоха и стенку двенадцатиперстной кишки, билиарной гипертензией, механической желтухой.

Приводим клиническое наблюдение: пациентка А., 59 лет, поступила в гастроэнтерологическое отделение с жалобами на боли в правой и левой подреберных областях, эпигастрии, усиливающиеся после приема пищи; отрыжку воздухом, тошноту, нарушение стула (стул только после приема слабительных); потемнение мочи, посветление стула; похудела на 7 кг за месяц.

По данным анамнеза, настоящие жалобы появились впервые около двух месяцев назад. При проведенном

амбулаторно УЗИ ОБП патологии не было выявлено, по результатам РКТ ОБП обнаружены признаки панкреатита, стриктуры холедоха, увеличение желчного пузыря до 112×42 см. Проводилась лекарственная терапия (бускопан, ферментная терапия, хофитол, зипантола), самочувствие несколько улучшилось.

При поступлении в стационар состояние пациентки удовлетворительное, обращает внимание желтушная окраска кожных покровов и склер. При объективном обследовании отмечается болезненность при пальпации в эпигастрии и правом подреберье; увеличение печени (выступает на 6 см из-под края правой реберной дуги), пальпируется увеличенный безболезненный желчный пузырь (симптом Курвуазье). Селезенка не пальпируется. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Стул – светло-коричневого цвета, моча темная.

В лабораторных анализах отмечается ускорение СОЭ до 20 мм/ч, гипербилирубинемия за счет повышения прямой фракции, признаки цитолиза (АЛТ - 2-3N), холестаза (щелочная фосфатаза - 2N, ГГТП – 4N).

На основании жалоб, данных объективного обследования, лабораторных и инструментальных исследований был выставлен предварительный диагноз: Механическая желтуха. Стриктура холедоха неясного генеза.

Для уточнения генеза стриктуры холедоха была проведена эндоскопическая ультрасонография (ЭУС) верхнего отдела желудочно-кишечного тракта. По результатам ЭУС были выявлены следующие изменения: поджелудочная железа - структура неоднородная, в головке определяется объемное образование до 30х24 мм, овальной формы, смешанной эхогенности, преимущественно ан- и гипоехогенное, с достаточно четкими контурами с вовлечением стенки 12 п.к., вплоть до утолщенной мышечной пластинки слизистой. Образование прилежит к воротной вене, с незначительным сдавлением, при сохранении интимы воротной вены. Желчевыводящие протоки расширены в в/3 и с/3 до 12 до 16 мм, с ровными стенками, неомогенным содержимым, с постепенным сужением в н/3 и полным блоком контуров холедоха на расстоянии до 26-28 мм от БДС. Вирсунгов проток в образовании не дифференцируется, выше расширяется до 3.5-6 мм, в теле и хвосте до 2 мм. Желчный пузырь: до 110 х40 мм, стенки до 3.5 мм, содержимое однородное. Убедительных данных за увеличение регионарных лимфатических узлов не обнаружено.

Заключение. Эхо - признаки объемного образования головки поджелудочной железы с признаками сдавления и прорастания интрапанкреатической части холедоха и вовлечения стенки двенадцатиперстной кишки, билиарной гипертензии (Susp.Ca). Предположительно T2-T3, Nx, Mx. Проведение ретроградного стентирования холедоха на момент осмотра невозможно.

Пациентка консультирована онкологом, рекомендовано оперативное лечение (стентирование и холецистостомия).

Выводы. Настоящее клиническое наблюдение демонстрирует высокую информативность эндоскопической ультрасонографии в выявлении патологии билиарной системы и поджелудочной железы, в том числе при отсутствии видимых изменений при проведении трансабдоминального УЗИ.

246. ЦЕЛЕСООБРАЗНОСТЬ ПРОВЕДЕНИЯ МОДИФИЦИРОВАННОГО МЕМБРАННОГО ПЛАЗМАФЕРЕЗА В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ВИРУСНЫМИ ГЕПАТИТАМИ

Саидханов Б.А., Азимова М.Т., Косникова И.В., Гутникова А.Р.

РСЦХ имени академика В.Вахидова, Ташкент, Узбекистан

Цель исследования: изучение влияния усовершенствованной методики проведения плазмафереза (ПА) больным с хроническими гепатитами вирусной этиологии на эффективность детоксикации, процессы перекисного окисления липидов и антиоксидантную защиту.

Методы исследования. Сеансы (2 - 4) лечебного мембранного плазмафереза (ЛМПА) проводились у 20 больных, среди которых 14 мужчин и 6 пациенток. Средний возраст составлял 37,2 лет. Пациенты находились в терапевтических отделениях с диагнозом Гепатит С и получали стационарное комплексное лечение. Поводом их обращения в стационар служило в первую очередь обнаружение в крови анти- HCV и признаков хронического гепатита. А также жалобы на общее недомогание, слабость, некоторые отмечали незначительную тупую боль в правом подреберье, снижение аппетита. При функциональном обследовании практически у всех пациентов фиксируется увеличение печени в размерах. Кроме стандартной терапии, куда входили гепатопротекторы, инфузионные растворы, иммуномодулирующие препараты и антибиотики, больным был назначен курс ЛМПА. По нашей методике ПА проводился без предварительной гепаринизации пациента, вместо цитратных растворов и 0.9% NaCl применялся нейтральный анолит, получаемый на установке СТЭЛ-1М (Патент на изобретение №IAP 03988 от 20.07. 2009).

Результаты исследования: У большинства пациентов при поступлении исходные показатели среднемoleкулярных пептидов (СМ), билирубина, активности ферментов цитолиза (АЛТ и АСТ) были значительно выше нормы. Фиксировалась положительная реакция на С-реактивный белок (СРБ). На активацию процесса перекисного окисления липидов (ПОЛ) указывало повышенное значение МДА и увеличение активности ферментов антиоксидантной защиты (АОЗ) - каталазы и глутатионредуктазы (ГР). Проведение плазмафереза по измененной методике с включением в нее раствора нейтрального анолита в значительной степени повышает эффективность детоксикации, что сопровождается позитивной динамикой всех исследованных индексов уже после 2-го сеанса. После 3-его сеанса у большинства пациентов концентрация СМ снизилась на 43%, уровень билирубина снизился с 118,934,2 до 19,9±6,1 мкмоль/л. Значительно уменьшилась активность АСТ и АЛТ (в 2,5 и 2,1 раза, соответственно). Уровень СРБ с 20,1±1,8 уменьшился до 6,4±1,0 мг/л, указывая на купирование воспалительного процесса. О нормализации ПОЛ можно было судить по нормализации концентрации МДА, снизившейся с 4,9±0,5 до 1,7±0,09 нмоль/л и