

### 251. ГЕПАТОГЕННЫЙ ЭКССУДАТИВНЫЙ ПЛЕВРИТ: ПУТИ РЕШЕНИЯ ПРОБЛЕМЫ

Сандаков Я.П., Черкасов В.А.

ГОУ ВПО ПГМА им. акад. Е.А. Вагнера Росздрава,  
г. Пермь, кафедра госпитальной хирургии.

Актуальность. Удельный вес экссудативных плевритов в структуре общей заболеваемости составляет 3,4 – 3,8%. Проблема диагностики и лечения остается актуальной в связи с широкой распространенностью неспецифических заболеваний легких и туберкулеза, цирроза печени. Результаты лечения зависят от своевременности и точности диагностики основного заболевания, осложненного экссудативным плевритом.

Цель. Целью исследования является повышение качества лечения больных экссудативным плевритом на основе ранней морфологической верификации диагноза.

Материалы и методы. Нами обследовано 286 (100%) пациентов экссудативным плевритом неясной этиологии. Плевральные пункции выполнены у 18,2% больных, троакарное дренирование плевральной полости - в 7,4% случаях, видеоторакоскопия с полибиопсией плевры в 74,4% случаев (212 пациентов).

**Результаты.** В результате проведения торакоскопии с полибиопсией плевры туберкулезная плеврит был выявлен у 19,73% (56), парапневмонический плеврит у 28,5% (81), посттравматический у 25,87% (74), опухолевый у 13,59% (42), гепатогенные выпоты у 10,8% (29), ТЭЛА-ассоциированный плеврит у 1,75% (4). Цитологическое исследование экссудата, полученного при плевральных пункциях и дренировании плевральной полости, не позволило достоверно верифицировать диагноз и установить специфическую природу процесса, ни у одного больного. В группе больных пролеченных при помощи плевральных пункций средняя продолжительность лечения составила 16,5±1,54 дня, в группе пациентов, которые подверглись дренированию плевральной полости без осмотра, она составила 19,04±2,95 дня, наименьшая средняя продолжительность лечения была получена в группе пациентов перенесших торакоскопию – 11,27±3,64 дня. Выполнение торакоскопии с дренированием в группе больных гепатогенным плевритом привело к длительной экссудации из плевральной полости в послеоперационном периоде (22,04±1,34 дня), в то время как применение химического плевродеза (глюкозо-йодная смесь) сократило длительность экссудации до 12,04±1,7 дня.

**Выводы.** Раннее выполнение видеоторакоскопии при экссудативном плеврите позволяет установить точный морфологический диагноз и существенно сократить сроки лечения за счет применения химического плевродеза у больных гепатогенным плевритом.

## 252. КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ СОЧЕТАНИЯ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ С ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

Селезнева Э.Я., Ильченко А.А.

Центральный научно-исследовательский институт гастроэнтерологии, г. Москва

При изучении распространенности ЖКБ, сочетающейся с ЯБДПК было выявлено, что наиболее часто это сочетание выявляется в возрастных категориях 50-59 и 60-69 лет, причем женщины достоверно преобладают над мужчинами.

С целью выявления клинических особенностей была проанализирована клиническая картина 138 пациентов с сочетанием ЖКБ и ЯБДПК, группы сравнения составили больные с ЖКБ (n=60) и ЯБДПК (n=60), протекающие изолированно.

Выявлены следующие клинические особенности течения сочетания ЖКБ и ЯБДПК. Наиболее длительный «язвенный» анамнез (более 20 лет) был почти у половины изучаемой группы ЖКБ с ЯБДПК, причем у мужчин он выявлялся в 61% случаев. Частота обострения ЯБДПК у больных с сочетанием ЖКБ с ЯБДПК более 2-х раз в год составила 12%, что было достоверно меньше обострений ЯБДПК -40% (p<0,001). Более 3-х лет вне обострения, ЯБДПК была достоверно выше (p<0,001) в группе больных с сочетанием ЖКБ и ЯБДПК и составила 53%, тогда как при ЯБДПК только в 7% случаев. Т.о., сочетание ЖКБ с ЯБДПК приводит к снижению частоты

обострения ЯБДПК вплоть до развития ее стойкой ремиссии.

Течение ЯБДПК более 5 лет у больных ЖКБ с ЯБДПК приводит к менее частому формированию рубцово-язвенной деформации луковицы двенадцатиперстной кишки (12%), чем в группе больных с изолированной ЯБДПК (44%). При изучении выявления Нр было обнаружено, что частота Нр достоверно реже выявляется при сочетании ЖКБ и ЯБДПК (28±4,1%), чем при ЯБДПК (86,7±4,4%)

Частота желчных колик 1-2 раза в год у больных ЖКБ с ЯБДПК выявлялась у 27% больных, свыше 5 лишь у 12% больных, группа «бессимптомного камненосительства» составила 42% обследованных пациентов.

Частота «бессимптомного камненосительства» у больных ЖКБ с ЯБДПК была выше (p<0,001), чем у больных с ЖКБ, протекающей изолированно.

Т.о., наличие ЯБДПК снижает частоту обострения ЖКБ, что приводит к росту бессимптомного «камненосительства». Хронический панкреатит достоверно чаще выявлялся в группе больных ЖКБ с ЯБДПК (40± 4,2%), чем у больных с ЖКБ (23±7,7%) и ЯБДПК (20±5,2%), протекающих изолированно.

При сочетании 2-х патологий с одной стороны происходит облегчение другой (уменьшение частоты обострения), а с другой утяжеление – увеличение частоты «бессимптомного камненосительства», увеличение частоты хронического панкреатита.

## 253. РАСШИРЕНИЕ ВОЗМОЖНОСТЕЙ МАНОМЕТРИИ В ДИАГНОСТИКЕ СКОЛЬЗЯЩЕЙ ГРЫЖИ ПИЩЕВОДНОГО ОТВЕРСТИЯ ДИАФРАГМЫ

Семенихина Т.М.\*, Корочанская Н.В., Шабанова Н.Е.

МУЗ КГК БСМП \*, МУЗ ГБ №2 «КМЛДО», Краснодар, Россия

Рентгенологическая диагностика скользящей грыжи пищеводного отверстия диафрагмы (ГПОД) в ряде случаев малоинформативна, так как за счет активности мышц желудка нижний пищеводный сфинктер (НПС) может обратно перемещаться в брюшную полость. Для выявления дегенерации связочного аппарата пищеводно-желудочного перехода возможно использование манометрии. Известно, что при длительном контакте с соляной кислотой слизистой пищевода происходит стимуляция сокращений продольной мускулатуры, что приводит к его временному укорочению у здоровых людей в среднем на 8-10%. Однако не известно, достаточно ли солянокислой стимуляции для провокации признаков ГПОД.

**Цель:** оценить возможность использования при манометрическом исследовании стимуляционной пробы с соляной кислотой для ранней диагностики ГПОД.

**Материалы и методы.** Обследовали 35 пациентов в возрасте от 20 до 63 лет с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью, установленной на основании клинических данных и суточной рН-метрии. По классификации Савари-Миллера оценивали состояние слизистой пищевода. Манометрию пищевода проводили с помощью прибора Polygraf, специального зонда,