

**005. ИНФОРМАТИВНОСТЬ
ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ УЛЬТРАСОНОГРАФИИ
В ДИАГНОСТИКЕ ПАТОЛОГИИ ПАНКРЕАТО-
БИЛИАРНОЙ ЗОНЫ (КЛИНИЧЕСКИЙ
СЛУЧАЙ)**

**Гималетдинова И.А., Абсалямова Л.Р.,
Абдулхаков С.Р., Сайфутдинов И.М., Садыкова
Е.Ф., Прохорова Ю.Ф.**

Клинический госпиталь МСЧ МВД по РТ, Казань
кафедра общей врачебной практики ГОУ ВПО
«Казанский ГМУ Росздрава», Казань,
Межрегиональный клинико-диагностический
центр, Казань

Больная, К, 1943 года рождения, поступила в гастроэнтерологическое отделение клинического госпиталя МСЧ МВД по РТ в марте 2009 года с жалобами на постоянные интенсивные боли опоясывающего характера в верхней половине живота (больная практически не принимала пищу в течение 5 дней из-за боязни усиления болей и отсутствия аппетита), постоянную мучительную тошноту, вздутие живота, горечь, сухость, неприятный привкус во рту; выраженную общую слабость, недомогание, нарушение сна (в ночное время боли в животе усиливались), похудание, постоянные головные боли диффузного характера.

Состояние больной при поступлении средней степени тяжести. Тяжесть состояния обусловлена выраженным болевым синдромом (вынужденное положение тела с подтянутыми к животу ногами, руку держит в области эпигастрия), симптомами интоксикации (бледная, черты лица заострены, губы сухие, тахикардия до 120 ударов в минуту). Нормостенического типа сложения, пониженно-го питания. ИМТ 17,5. Потеряла в весе несколько килограммов за последние 7 дней. Отечность век, ксантелазмы на нижних веках. Кожные покровы сухие, снижен тургор мягких тканей. Со стороны органов дыхания без особенностей. Тоны сердца приглушены, тахикардия. Артериальная гипотония (АД – 95/60 мм/рт ст). Язык сухой, густо обложен грязно-желтым налетом. Живот правильной формы, несколько вздут, участвует в акте дыхания, выраженная разлитая болезненность по всему животу, максимально в эпигастриальной области, в зоне Шоффара, в точке Дежардена.

Перистальтика вялая. Газы отходят плохо. Печень, селезенка не увеличены. Симптомов раздражения брюшины нет.

Из anamnesis morbi: Страдает хроническим панкреатитом с 1996 года. В начале заболевания обострения протекали с типичными болевыми приступами длительностью от нескольких дней до одной недели с периодичностью 2-3 раза в год, которые чередовались с продолжительными ремиссиями. С 2002 года обострения участились (до 5-6 раз в год продолжительностью до 2 недель), диагностирован билиарный сладж. Появились признаки экзогенной панкреатической

недостаточности в виде периодического нарушения стула, диспепсические явления.

В ноябре 2004 года при очередном выраженном обострении выявлено расширение холедоха до 8 мм, в связи с чем больной проведена дуоденоскопия, в результате которой диагностирован полип большого дуоденального сосочка. Выполнена эндоскопическая папиллосфинктеротомия (ЭПСТ). Контрастирование холедоха не проведено из-за аллергии на контрастное вещество. Произведена ревизия и промывание холедоха физиологическим раствором.

В течение полугода после проведения ЭПСТ чувствовала себя относительно неплохо, расширила диету, ферменты принимала эпизодически.

С апреля 2005 года вновь возобновились боли в верхней половине живота после незначительных погрешностей в диете. Усилились проявления экзогенной панкреатической недостаточности (стеаторея, метеоризм), диспепсические явления в виде отрыжки, постоянной тошноты, эпизодически рвота с примесью желчи, горечь во рту, снижение массы тела. Боли при обострениях стали более интенсивными, купировались только неоднократным введением анальгетиков и спазмолитиков. Обострения стали частыми (7-8 раз в год) и продолжительными (2-3 недели), чередовались с кратковременными ремиссиями. Последнее ухудшение самочувствия в течение 3 недель связывает с нервным потрясением (тяжело заболел муж). Принимала ферменты, спазмолитики, анальгетики, антидепрессанты без заметного улучшения.

Вредных привычек не имеет: алкоголь не употребляет. Наследственность не отягощена. Из сопутствующих заболеваний: ИБС, стенокардия напряжения ФК 2. Нарушение ритма по типу пароксизмальной фибрилляции предсердий, нормосистолическая форма. Гипертоническая болезнь 3 ст, 2 ст, риск 3. ХСН 1, ФК 2.

Обследования:

В общем анализе крови незначительное ускорение СОЭ до 14 мм/ч.

Биохимический анализ крови: гиперхолестеринемия до 6,0ммоль/л, гипертриглицеридемия 3,5 ммоль/л.

ПТИ – 76-86%.

Общий анализ мочи: лейкоцитурия, уратурия, почечный эпителий 1-8 в поле зрения, гиалин-овые цилиндры 0-1 в п/зр.

Диастаза мочи - 32 ед.

На ЭКГ без особых изменений.

ФГДС: картина поверхностного гастрита.

УЗИ ОБП: печень без особенностей. Билиарный сладж. Поджелудочная железа: экзогенность повышена, структура однородная, контуры ровные, размеры: головка – 18 мм, тело – 9 мм, хвост-19 мм. Холедох 5 мм. Воротная вена 8 мм. Селезенка без особенностей.

В копрограмме - нейтральный жир.

Несмотря на проводимую терапию: в/в инфузионная терапия, ингибиторы протонной помпы,

блокаторы H₂-гистаминовых рецепторов, ингибиторы протеаз, синтетический аналог соматостатина, антибактериальная терапия, гепарин, коррекция водно-электролитного баланса, креон в суточной дозе 75 000 ЕД/сут), состояние больной не улучшалось.

Учитывая выраженный болевой синдром, не купирующийся на фоне интенсивной терапии, предположен диагноз: рестеноз БДС и стеноз устья вирсунгова протока, в связи с чем была выполнена дуоденоскопия, в результате которой диагностирован аденоматоз БДС.

Для уточнения этиологии упорного болевого синдрома (панкреатической внутрипротоковой гипертензии?) проведена эндоскопическая ультрасонография (ЭУС) пищевода и желудка (рис.1), выполнено сканирование панкреатобилиарной зоны из стандартных положений: желчевыводящие протоки осмотрены на уровне с/3, н/3 и интрапанкреатической части холедоха, шириной до 6-7 мм, нависанием наружного контура холедоха с конусовидным сужением БДС и его ампулоподобным расширением до 8 мм. Стенки холедоха утолщены до 1,5 мм. Головка поджелудочной железы обычных размеров, контуры ее нечеткие, эхоструктура сохранена, паренхима неоднородная. Вирсунгов проток впадает в БДС отдельным устьем, расширен до 2,8-3,3 мм с утолщенными стенками и визуализацией бранш протоков.

Таким образом, подтвердились билиарная и панкреатическая гипертензия. Не исключался рестеноз БДС и стеноз устья вирсунгова протока.

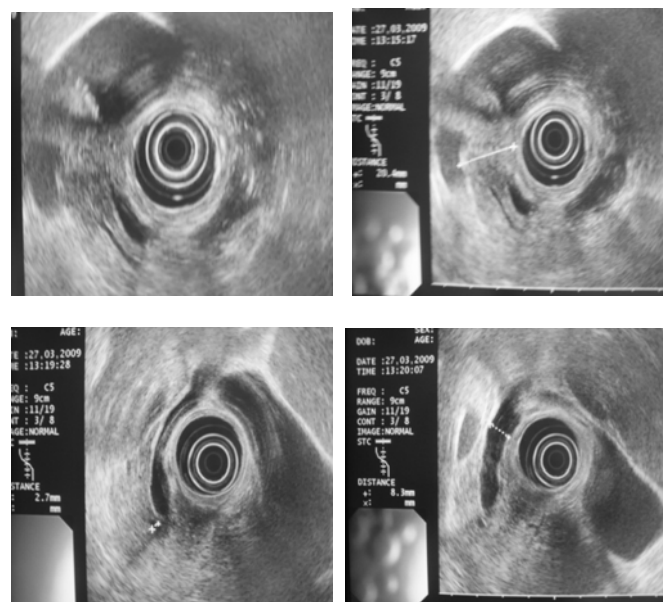


Рис. 1. Эндоскопическая ультрасонография пищевода и желудка (ЭУС)

С клиническим диагнозом: Хронический панкреатит в стадии обострения. Рестеноз БДС (ЭПСТ 2004 год). Стеноз устья вирсунгова протока? Синдром дуоденальной и панкреатической гипертензии. Хронический гастродуоденит, большая

направлена в МКДЦ для решения вопроса о дальнейшей тактике лечения, где было рекомендовано ЭПСТ, предполагалось проведение билиодуоденального и панкреатодуоденального протезирования.

В апреле 2009 года проведена ЭПСТ: Видеодуоденоскоп TJF-V70 введен в дуоденум. На границе средних и нижних отделов нисходящей ветви 12-ти перстной кишки по медиальной стенке определяется рубцовоизмененный БДС. Выполнена канюляция протоковой системы (исследование выполнено под рентгеноскопическим контролем без контрастирования ввиду аллергии на йодсодержащие препараты). При канюляции устья холедоха отмечается сопротивление. Устье вирзунгового протока не визуализируется. Для идентификации устья вирзунгового протока и разрешение остиум-стеноза холедоха выполнена типичная ЭПСТ длиной до 7 мм. После ЭПСТ отмечается поступление порции темной желчи, гемобилия. После ЭПСТ во внутренней части нижнего угла папиллотомического разреза выделено точно устье вирзунгового протока до 0,4 мм. С выраженными техническими трудностями выполнена канюляция вирзунгового протока по струне и проведение канюли, которое сопровождалось наличием сопротивления вблизи устья. Проведено бужирование канюлей и попытка установки стента в вирзунгов проток. Из-за наличия стеноза вирзунгового протока выполнить панкреатодуоденальное протезирование не удалось. Решено вывести эндоскоп со стентом и выполнить вирзунготомию с последующим стентированием, однако, на протяжении 45-50 минут выделить устье вирзунгового протока не удалось из-за подтекания желчи, скудного количества крови, и отека.

Через 5 дней после проведения ЭПСТ и бужирования вирзунгового протока выполнены многократные безуспешные попытки канюляции устья вирзунгового протока. Для верификации устья и уменьшения сопротивления тканей выполнена надсекающая вирзунготомия типично и атипично в пределах папиллы до 6 мм. Ткани на разрезе рубцово изменены, белесые, плотноватые. Идентификация устья с использованием акваэндоскопии, метиленового синего безуспешная. Учитывая возможное более протяженное распространение стенозированного сегмента вирзунгового протока дальнейшая вирзунготомия прекращена (во избежание возникновения постманипуляционного панкреатита).

После проведения ЭПСТ и вирзунготомии болевой синдром значительно уменьшился, явления экзокринной недостаточности поджелудочной железы выражены незначительно.

Выполненные ЭПСТ с бужированием стенозированного устья вирзунгового протока с вирзунготомией являются завершением оперативного лечения на данный момент времени.



Рис. 2. Динамика болевого синдрома и экзокринной недостаточности.

Больной рекомендована ЭУС в динамике.

В настоящее время чувствует себя относительно неплохо. Болевой синдром невыраженный, боли возникают при погрешностях в диете, купируются спазмолитиками, анальгетиками. Симптомы экзокринной панкреатической недостаточности (незначительные) купируются приемом ферментных препаратов (Креон в дозе 30 000-40 000 ЕД/сут).

Выводы:

Данный клинический случай наглядно демонстрирует высокую информативность у пациентов с хроническим панкреатитом эндоскопической ультрасонографии, которая способна выявить и детализировать изменения паренхимы и протоков поджелудочной железы, не поддающиеся визуализации при проведении трансабдоминального УЗИ.

006. ОЦЕНКА КЛИНИЧЕСКОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПАНТОПРАЗОЛА («ЗИПАНТОЛА») У ПАЦИЕНТОВ С ГЭРБ

Гималетдинова И.А., Абсалямова Л.Р., Амиров Н.Б., Абдулхаков С.Р., Садыкова Е.Ф., Прохорова Ю.Ф.

Клинический госпиталь МСЧ МВД по РТ, Казань
Кафедра общей врачебной практики ГОУ ВПО «Казанский ГМУ Росздрава», Казань.

Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ) - чрезвычайно распространенное, с тенденцией к продолжающемуся росту частоты встречаемости заболевание. Если XX век считался веком язвенной болезни, то XXI век принято называть веком ГЭРБ. Многоцентровое исследование МЭГРЕ, проведенное в шести городах России, показало, что распространенность ГЭРБ составляет 13,3% [1].

Цель нашего исследования: оценка клинической эффективности ингибитора протонной помпы пантопразол («Зипантола») у пациентов с ГЭРБ.

Задачи исследования:

1. Оценка эффективности 28-дневного курса