

КОНТРОЛЬНО-САНАЦИОННЫЕ ЛАПАРОСКОПИИ САЛЬНИКОВОЙ СУМКИ В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ В ЛЕЧЕНИИ ПАНКРЕОНЕКРОЗОВ, ОСЛОЖНЕННЫХ АБДОМИНАЛЬНЫМ СЕПСИСОМ

М.Н. Изимбергенов, А.С. Койшибаев, Г.Н. Изимбергенова, К.С. Иманбаев

Западно-Казахстанский государственный медицинский университет им. Марата Оспанова, г. Актюбе, Республика Казахстан

На опыте лечения 26 больных с панкреонекрозом доказана эффективность программированной контрольно-санационной лапароскопии сальниковой сумки в послеоперационном периоде. Частота послеоперационных осложнений снизилась с 49,8 до 26,6% ($p < 0,05$), летальных исходов — с 20,5 до 15,4% ($p < 0,05$) по сравнению с показателями в контрольной группе больных (44 пациента), у которых производили традиционные открытые санации сальниковой сумки. Методом кардиоинтервалографии установлено, что лапароскопические способы санации по сравнению с открытым методом снижают степень травматичности вмешательств, предупреждают перенапряжение механизмов адаптации и угнетение резервно-компенсаторных возможностей организма больных.

Ключевые слова: контрольно-санационная лапароскопия, панкреонекроз, кардиоинтервалография, резервно-компенсаторные возможности организма

POSTOPERATIVE CONTROL SANITATION LAPAROSCOPY OF OMENTAL SAC IN THE TREATMENT OF PANCREONECROSIS COMPLICATED BY ABDOMINAL SEPSIS

M.N. Izimbergenov, A.S. Kol'shibaev, G.N. Izimbergenova, K.S. Imanbaev

Marat Ospanov West-Kazakhstan State Medical University

The study including 26 patients with pancreatonecrosis (PN) was aimed at estimating the efficiency of programmed control sanitation laparoscopy (CSL) of the omental bursa in the postoperative period. The decrease of postoperative complications from 49,8% to 26,6% ($p < 0,05$), fatal outcomes from 20,5% to 15,4% ($p < 0,05$) in comparison with 44 control patients who underwent traditional open sanitation of the omental bursa was documented. It was proved by the method of cardiointervalography that laparoscopic sanitation decreases the severity of intraoperative lesions, prevents the overtension of the adaptive mechanism and suppression of reserve compensatory potential of the patients' organism in comparison with open sanitative surgery.

Key words: control sanitation laparoscopy, pancreatonecrosis, cardiointervalography, reserve compensatory potential of organism

Заболеваемость острым панкреатитом из года в год неуклонно растет, составляя в последние годы 10—12% от общего числа пациентов хирургического профиля и занимает третье место после острого аппендицита и холангита. В 15—20 % наблюдений развитие острого панкреатита имеет тяжелый деструктивный характер; при этом у 40—70% больных происходит инфицирование очагов некротической деструкции [1, 2].

Общая летальность при остром панкреатите в РФ составляет 25%, послеоперационная летальность — 23,6—50,8%. При тотальном деструктивном поражении поджелудочной железы (ПЖ) летальность достигает 90—100% [1—3].

Среди причин смерти больных деструктивным панкреатитом инфекционные осложнения составляют 80%. Как и несколько десятилетий назад, одной из основных причин смерти больных острым панкреатитом, и в первую очередь панкреонекрозом (ПН), остаются гнойно-некротические осложнения и абдоминальный сепсис (АС).

АС при ПН чаще всего возникает при распространенных источниках деструкции в забрюшинном пространстве, топография которого сложна для выполнения однократного адекватного хирургического вмешательства [4—6]. В связи с этим источник инфекции при ПН не всегда может быть радикально устранен в один этап. Возникает необходимость в повторных санациях полости сальниковой сумки в послеоперационном периоде и своевременном удалении образовавшихся секвестров.

В связи с этим еще в 1990-е годы рядом ведущих хирургов страны (Е.И. Брехов, Москва; Н.И. Изимбергенов, Актюбинск) был разработан способ открытой

санации сальниковой сумки [7]. Открытая санация сальниковой сумки при ПН успешно применялась в нашей клинике до недавнего времени. Использование этой методики позволило эффективно санировать полость сальниковой сумки в послеоперационном периоде, существенно улучшить результаты лечения и снизить послеоперационную летальность с 58,8 до 28,3% [8].

В то же время открытая санация сальниковой сумки, как и все открытые операции, травматична и, по данным некоторых авторов, приводит к формированию гастроинтестинальных свищей [9, 10]. Тем не менее на сегодня альтернативы этому способу, который вселяет надежду на спасение этого тяжелого контингента больных, нет, поэтому поиски снижения травматичности остаются актуальными. В этом плане представляет несомненный интерес изучение возможностей использования для этой цели современной малоинвазивной эндовидеохирургической технологии [11].

Целью исследования явились изучение возможности использования контрольно-санационной лапароскопии (КСЛ) сальниковой сумки в послеоперационном периоде у больных с ПН, осложненным АС, и оценка ее клинической эффективности.

В клинике КСЛ сальниковой сумки в послеоперационном периоде выполнена нами у 26 больных с ПН, осложненным АС (основная группа). Для оценки эффективности метода результаты сравнивали с данными, полученными у 44 аналогичных больных с ПН, у которых для динамической санации сальниковой сумки в послеоперационном периоде были использованы традиционные открытые способы (контрольная группа).

Таблица 1. Характеристика АС у больных основной группы (n = 26) в зависимости от тяжести системной воспалительной реакции (M ± m)

| Клинический синдром | Количество больных | | Тяжесть состояния, баллы | |
|---------------------|--------------------|------|--------------------------|------------|
| | абс. | % | APACHE II | SAPS |
| SIRS III | 5 | 19,2 | 8,6 ± 2,7 | 4,8 ± 1,6 |
| SIRS IV | 16 | 61,5 | 13,3 ± 3,5 | 8,3 ± 1,7 |
| Тяжелый сепсис | 4 | 15,4 | 18,2 ± 2,4 | 13,1 ± 1,7 |
| Септический шок | 1 | 3,9 | 21,0 ± 2,5 | 17,2 ± 1,3 |

В нашей клинике придерживаются международной классификации острого панкреатита (Атланта, США, 1992), дополненной рекомендациями IX Всероссийского съезда хирургов (Волгоград, 2000). Основу лечения больных составляла комплексная консервативная терапия. Показаниями к операции служили отсутствие эффекта проводимой терапии и клинико-лабораторные признаки инфицирования очагов некротической дисфункции.

Основную операцию у всех больных производили открытым способом, включающим лапаротомию и вскрытие сальниковой сумки с эвакуацией выпота и удалением свободных секвестров, интубацию желудочно-кишечного тракта, санацию брюшной полости и сальниковой сумки озонированными растворами, сквозное дренирование сумки с выведением конца дренажной трубки через левую поясничную область. По показаниям выполняли вскрытие и дренирование забрюшинных гнойных очагов. Операцию завершали марсупиализацией.

Тяжесть паталогического процесса оценивали по критериям SIRS, состояние больных — по интегрированным шкалам APACHE II и SAPS (табл. 1 и 2).

Как видно из представленных данных, динамические санации в послеоперационном периоде производили у тяжелых больных с выраженной системной воспалительной реакцией и АС, дис- и гиподисфункцией органов и систем. Выявлена четкая зависимость между стадией АС и степенью тяжести проявления функциональных нарушений органов и систем.

Преобладающей формой поражения поджелудочной железы был крупноочаговый и субтотальный некроз в обеих исследуемых группах. Если объединить эти формы некроза, то количество пациентов в основной группе составило 18 (69,2%), в контрольной — 30 (68,2%). Это

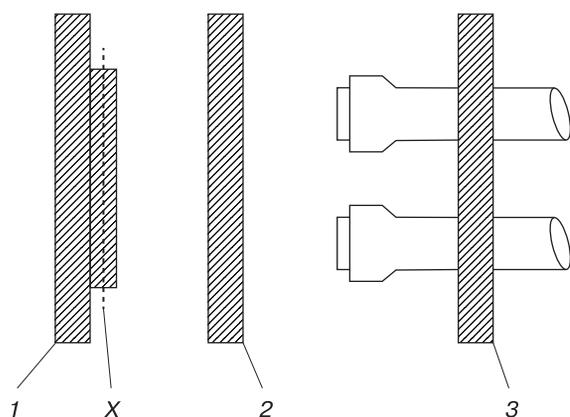


Рис. 1. Схема изготовления обтуратора и обтуратор — пластина со вставленными троакарами.

1 — резиновый колпачок; X — линия среза; 2 — диск-обтуратор; 3 — обтуратор — пластина со вставленными троакарами.

Таблица 2. Характеристика АС у больных контрольной группы (n = 44) в зависимости от тяжести системной воспалительной реакции (M ± m)

| Клинический синдром | Количество больных | | Тяжесть состояния, баллы | |
|---------------------|--------------------|------|--------------------------|------------|
| | n | % | APACHE II | SAPS |
| SIRS III | 8 | 18,2 | 8,5 ± 2,6 | 4,7 ± 1,3 |
| SIRS IV | 27 | 61,3 | 13,3 ± 3,6 | 8,4 ± 1,8 |
| Тяжелый сепсис | 7 | 16 | 18,3 ± 2,5 | 13,0 ± 1,6 |
| Септический шок | 2 | 4,5 | 21,1 ± 2,6 | 17,2 ± 1,3 |

же относится и к анализу формы некроза ПЖ — жирового или геморрагического. Отмечается высокая (92%) частота геморрагического ПН, тогда как жировой некроз ПЖ встретился только в 8% случаев, почти с одинаковой частотой в обеих группах больных.

Динамические санации и контроль за состоянием ПЖ в послеоперационном периоде производили у всех больных. Сроки их выполнения определялись состоянием больных, клинико-лабораторными показателями и данными ультразвукового исследования.

Санации сальниковой сумки в обеих группах начинали в основном с 12—14-х суток послеоперационного периода — эти сроки совпадают с началом формирования и отхождения свободных секвестров ПЖ. До этого времени санацию осуществляли путем промывания полости сальниковой сумки антисептическими растворами 2 раза в сутки. Образование свободных секвестров по объему секвестров исключает возможности промывно-дренажного метода и требует механического их удаления.

При лапароскопической санации сальниковой сумки у больных с ПН мы столкнулись со сложностями, обусловленными анатомическими особенностями строения, спадением стенок сальниковой сумки сразу после первичной операции с тенденцией к образованию сращений и спаек между стенкой желудка и поверхностью ПЖ. Естественно, эти особенности затрудняют введение газа для расправления стенок сумки, создания хорошего обзора и адекватного операционного пространства. В связи с этим в клинике разработан способ лапароскопической санации сальниковой сумки при ПН (патент РК на изобретение № 20175, авторское свидетельство № 56862).

Вмешательство осуществляют следующим образом. После выполнения всех необходимых этапов во время основной открытой операции ее завершают марсупиализацией сальниковой сумки через желудочно-ободочную связку, которую подшивают к лапаротомной ране. Вследствие этого образуется марсупиализационное отверстие в передней брюшной стенке диаметром 2 см, через которое проходит толстая сквозная перфорированная трубка для непрерывного орошения сальниковой сумки антисептическими растворами.

Методика КСЛ заключается в следующем. Под внутривенным наркозом после обработки операционного поля перфорированную трубку подтягивают за конец, выходящий из раны в левой поясничной области так, что другой конец трубки оказывается в полости сальниковой сумки и открывается марсупиализационное отверстие в передней брюшной стенке. Наружную часть этой трубки в поясничной области закрывают зажимом для герметизации сальниковой сумки. На открывшееся марсупиализационное отверстие накладывают резиновую пластину-обтуратор с уже заранее вставленными в нее троакарами (10 и 5 мм), которые при этом вводят в полость сумки. Схема изготовления обтуратора представлена на рис. 1.

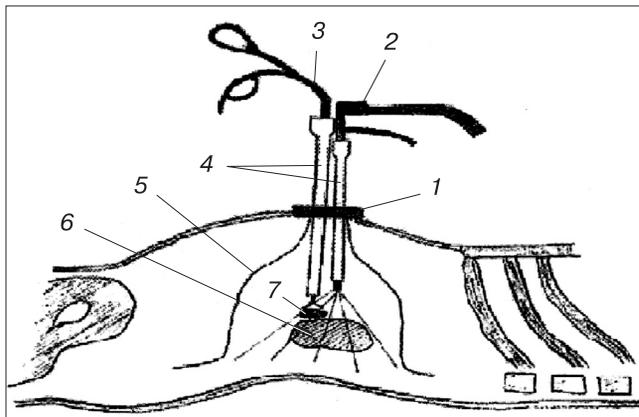


Рис. 2. Способ лапароскопической санации сальниковой сумки при ПН.

1 — пластина-обтуратор; 2 — лапароскоп; 3 — манипуляционные инструменты; 4 — троакары; 5 — стенка сальниковой сумки; 6 — поджелудочная железа; 7 — секвестр.

Обтуратор представляет собой круглую пластину из эластичной резины, изготовленную в заводских условиях из колпачка от флаконов препаратов для парентерального питания «Инфезол» или «Аминсол», в которой нижнюю, более узкую часть обрезают таким образом, что получается резиновый диск-пластина диаметром 3,5 см и толщиной 0,8 см.

Обтуратор прочно удерживает троакары в одном положении. Ассистент рукой прижимает обтуратор к передней брюшной стенке пациента, что обеспечивает полное закрытие марсупиализационного отверстия в передней брюшной стенке вокруг троакаров, что позволяет создать герметичность сальниковой сумки. Нагнетание углекислого газа через троакары в сальниковую сумку в условиях герметичности позволяет расправить ее стенки и выполнить полноценную ревизию поджелудочной железы с санацией и секвестрнекрэктомией. Манипуляции лапароскопом и инструментами (зажимы, ножницы, аспиратор-ирригатор) выполняет оперирующий хирург. При удалении крупного секвестра конструкцию из обтуратора и укрепленных в ней троакаров извлекают вместе (рис. 2, 3).

Лапароскопическая санация сальниковой сумки по сравнению с открытой санацией имеет следующие преимущества:

- отчетливая визуализация участков всей поджелудочной железы и щелей, карманов сумки, что обеспечивает полноценность и надежность санаций;
- малая инвазивность вмешательства, исключение контакта органов с грубыми хирургическими инструментами, руками хирургов, легкое течение постсанационного периода;
- отсутствие травматизации стенок полых органов (желудок, поперечная ободочная кишка), образующих полость сальниковой сумки, и тем самым исключение образования свищей, которые нередко сопровождают ПН [9, 10];
- исключение возможности образования послеоперационных вентральных грыж: при лапароскопической



Рис. 3. Удаленные лапароскопическим методом секвестры поджелудочной железы размером 11×2 и 6×3 см.

санации диаметр марсупиализационного отверстия в передней брюшной стенке составляет 2 см соответственно диаметру сквозной многоперфорированной трубки (для открытой санации после основной операции создают бурсостому размером не менее 5×3 см, которая в последующем приводит к образованию грыж).

С целью объективной оценки эффективности КСЛ в комплексном лечении ПН, осложненного АС, использовали общепринятые клинико-лабораторные, микробиологические, биохимические методы исследования, учитывали результаты специальных лабораторных и инструментальных методов исследования: лейкоцитарный индекс интоксикации, уровень молекул средней массы, данные кардиоинтервалографии.

Учитывая, что большинство методов контроля, кроме кардиоинтервалографии, общеизвестны, мы в настоящей работе считали возможным не приводить анализ их результатов. Основное внимание было уделено анализу и обсуждению динамики показателей резервно-компенсаторных возможностей организма (РКВО) по данным кардиоинтервалографии в послеоперационном периоде.

Во-первых, эту методику стали применять в клинической хирургии лишь в последние годы, и мы в доступной специальной литературе не нашли оценки этого метода в зависимости от способа санации сальниковой сумки при ПН.

Во-вторых, состояние РКВО как показатель собственных защитных сил наряду с целенаправленными лечебными мерами принимает участие в процессе выздоровления, определяет течение послеоперационного периода и результаты лечения.

Как известно, любое оперативное вмешательство и наркоз как стрессорные факторы наряду с местным воздействием оказывают и общее негативное действие на организм, проявляющееся особенностями течения послеоперационного периода, нарушениями гомеостаза. По данным разных авторов [11, 12], патологическим изменениям гомеостаза, клинико-лабораторной манифестации развившихся осложнений будут предшествовать изменения функции вегетативной нервной системы.

Таблица 3. Динамика изменения ИН в сравниваемых группах ($M \pm t$) (норма ИН до 150 усл. ед.)

| Группа | 1—2-е сутки после основной операции | 10—12-е сутки после основной операции | После очередных санаций сальниковой сумки | | |
|--------------------------|-------------------------------------|---------------------------------------|-------------------------------------------|----------------|----------------|
| | | | первой | второй | третьей |
| Контрольная ($n = 36$) | 1254,2 ± 48,3 | 779,3 ± 0,04* | 896,7 ± 50,4 | 792,4 ± 46,6 | 660,2 ± 45,3* |
| Основная ($n = 21$) | 1266,4 ± 52,6 | 787,4 ± 51,4* | 831,6 ± 51,6 | 512,3 ± 48,4*° | 496,7 ± 46,5*° |

Примечание. * — достоверность различия показателей в динамике ($p < 0,05$); ° — достоверность различия с показателями в контрольной группе ($p < 0,05$).

Таблица 4. Летальность при ПН, осложненном АС, в группах сравнения по синдромам SIRS ($M \pm m$)

| Клинический синдром | Основная группа (n = 26) | | | Контрольная группа (n = 44) | | |
|---------------------|--------------------------|--------------------|------|-----------------------------|--------------------|------|
| | число больных | количество умерших | | число больных | количество умерших | |
| | | абс. | % | | абс. | % |
| SIRS III | 5 | - | - | 8 | 1 | 12,5 |
| SIRS IV | 16 | 3 | 18,7 | 27 | 4 | 14,9 |
| Тяжелый сепсис | 4 | 1 | 25 | 7 | 3 | 42,8 |
| Септический шок | 1 | - | - | 2 | 1 | 50 |
| Всего... | 26 | 4 | 15,4 | 44 | 9 | 20,5 |

Степень этих изменений можно оценить с помощью метода математического анализа ритма сердца, путем изучения динамики изменения индекса напряжения (ИН) [13, 14]. Ранняя диагностика степени напряжения вегетативной нервной системы в виде повышения ИН в комплексе с другими критериями оценки функционального состояния организма (лейкоцитарный индекс интоксикации, частота сердечных сокращений, ЧДД, температура тела, перистальтика кишечника) свидетельствует об активации вегетативного гомеостаза и является объективным диагностическим и прогностическим критерием, позволяющим судить о состоянии РКВО. На основании этих данных нами проведено изучение в исследуемых группах больных в динамике одного из показателей РКВО — ИН методом кардиоинтервалографии. Для мониторинга и анализа вариабельности сердечного ритма мы использовали аппаратно-программный комплекс «Варикард» модели ВК 2.5, разработанный ТОО «Рамена» (Рязань, Российская Федерация), работающий совместно с компьютером IBM PC, с пакетом специализированных программ «ИСКИМ» [15]. Исследования проводили на базе хирургического и реанимационного отделений БСМП г. Актобе. Все данные записывали в течение 5 мин в положении больного лежа на спине в трех стандартных отведениях до и после основной операции и санаций сальниковой сумки в послеоперационном периоде.

Показатели ИН в 1—2-е сутки после основной операции составили в основной группе $1266,4 \pm 52,6$ усл. ед., в контрольной группе $1254,2 \pm 48,3$ усл. ед., что свидетельствовало о крайнем перенапряжении РКВО у больных с панкреатогенным АС (табл. 3).

На 10—12-е сутки послеоперационного периода под влиянием комплексного лечения отмечалось примерно одинаковое снижение ИН: до $787,4 \pm 51,4$ усл. ед. в основной группе и до $779,3 \pm 0,04$ усл. ед. в контрольной. Если учесть, что к этому сроку стабилизации РКВО в основном завершается формирование секвестров и начинается их отхождение, то этот промежуток времени (10—12-е сутки) можно считать самым оптимальным сроком для выполнения санации сальниковой сумки. Наркоз и вмешательства во время очередных санаций сальниковой сумки как стрессовые факторы привели к повторному повышению ИН, что указывает на активацию симпатического отдела вегетативной нервной системы и перенапряжение механизмов адаптации вследствие операционно-анестезиологического стресса. Эти изменения ИН при КСЛ, однако, выражены в меньшей степени ($831,6 \pm 51,6$ усл. ед.), чем после открытых санаций ($896,7 \pm 50,4$ усл. ед.), и быстрее исчезают в постсанационном периоде.

Следовательно, использование с целью динамических санаций при ПН малоинвазивного лапароскопического способа позволяет снизить степень перенапряжения механизмов адаптации и предупреждает угнетение РКВО, которые являются неизменными спутниками вторичных санаций очагов инфекции.

Результаты других методов исследования (общепринятые клиничко-лабораторные, микробиологические, биохимические методы исследования, анализ клинических данных, ЛИИ) полностью согласуются с динамикой изменения РКВО и свидетельствуют об ускоренном купировании инфекционного процесса, уменьшении интоксикационного синдрома, нормализации нарушений гомеостаза.

Применение КСЛ сальниковой сумки в отличие от использования традиционного открытого метода санации (у 44 больных контрольной группы) обеспечило более легкое течение послеоперационного периода и сокращение сроков купирования инфекционного процесса. Это отразилось на количестве необходимых санаций в послеоперационном периоде: среднее количество санаций у одного больного в основной группе составило $1,8 \pm 1,68$, а в контрольной — $2,4 \pm 1,71$ (уменьшение в 1,3 раза; $p > 0,05$), что существенно снизило травматичность и обременительность для пациентов динамических санаций. Быстрое подавление инфекции, ранее восстановление РКВО привело к снижению частоты послеоперационных осложнений с 49,8 до 26,6%, летальности с 20,5 до 15,4%. Такое различие результатов лечения больных при использовании КСЛ можно объяснить двумя факторами: указанными выше преимуществами метода и минимальным воздействием на резервные и компенсаторные возможности и собственные естественные системы защиты организма, которые участвуют в процессе выздоровления. В отличие от традиционных открытых санаций при КСЛ лечебное воздействие как бы удваивается. На помощь проводимой врачами интенсивной терапии приходят собственные защитные силы организма. Об этом свидетельствуют также и результаты структурного анализа уровня летальности в зависимости от стадии и тяжести АС (табл. 4).

Как видно из представленных данных, применение лапароскопических санаций оказалось более эффективным именно у пациентов с тяжелым сепсисом и находящихся в состоянии септического шока, у которых имеются наибольшие нарушения РКВО в борьбе с прогрессирующей бактериальной и ферментной токсемией, сдвигами гомеостаза.

Выводы

1. Лапароскопический способ санации сальниковой сумки не уступает открытому методу, позволяет осуществить полный осмотр поджелудочной железы и сальниковой сумки, без затруднений удалять секвестры, обеспечивает высокую эффективность процедуры.

2. Контрольно-санационная лапароскопия сальниковой сумки, являющаяся альтернативой открытому методу, существенно снижает степень операционно-анестезиологической агрессии, угнетения и перенапряжения резервно-компенсаторных возможностей организма, что обеспечивает мобилизацию собственных сил организма для выздоровления.

Сведения об авторах:

Западно-Казахстанский государственный медицинский университет, Астана

Кафедра хирургических болезней № 2

Изимбергенов Мерсайд Намазович — д-р мед. наук, проф. каф. хирургии по интернатуре.

Койшибаев Ануар Султанович — канд. мед. наук, и.о. доц. кафедры; e-mail: anuarmed@mail.ru

Изимбергенова Гулмира Изимбергеновна — канд. мед. наук, мл. науч. сотр. Республиканского центра перитонита при кафедре.

Иманбаев Кадирбек Сагимбекович — канд. мед. наук, и.о. доц. кафедры.

ЛИТЕРАТУРА

1. Антибиотикотерапия абдоминальной хирургической инфекции / Савельев В.С., Гельфанд Б.Р., Гологорский В.А., Бурневич С.З. и др.; под ред. В.С. Савельева. М.; 2000.
2. Шуркалин Б.К., Фаллер А.П., Горский В.А. Хирургические аспекты лечения распространенного перитонита. Хирургия. 2007; 2: 24—8.
3. Сажин В.П., Авдовенко А.Л., Юришев В.А. Современные тенденции хирургического лечения перитонита. Хирургия. 2007; 11: 36—9.
4. Buijk S.E., Bruining H.A. Future directions in the management of tertiary peritonitis. Intensive Care Med. 2004; 28: 1024.
5. Dumanian G.A., Llull R., Ramasastry S.S. Postoperative abdominal wall defects with enterocutaneous fistulae. Am. J. Surg. 1006; 172: 332.
6. O'Brien B., Landis-Erdman J., Erwin-Toth P. Nursing management of multiple enterocutaneous fistulae located in the center of a large open abdominal wound: a case study. Ostomy Wound Manage. 1998; 44: 20.
7. Бебуришвили А.Г., Михин И.В., Акинчин А.Н. Малоинвазивные технологии в диагностике и лечении осложненной абдоминальной хирургии. Эндоскопическая хирургия. 2006; 5: 25—9.
8. Седов В.М., Избасаров В.В., Стрижельский В.В., Рутенбург Г.М., Лучкин А.П. Программированная санационная лапароскопия в лечении перитонита. Вестник хирургии. 2008; 167(1): 86—91.
9. Гельфанд Б.Р., Филимонов М.И., Бурневич С.З. Абдоминальный сепсис. Русский медицинский журнал. 1999; 5(7): 6—11.
10. Изимбергенов Н.И. Современная тактика лечения заболеваний и травм органов брюшной полости, осложненных разлитым перитонитом: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. Алматы; 2001.
11. Ульянов А.А., Панин А.А., Истомин Н.П. К вопросу о прогнозировании операционного стресса и его последствий методом вариационной пульсометрии. В кн.: Тезисы докладов IV Всероссийского съезда анестезиологов-реаниматологов. М.; 1994: 285—6.
12. Луцевич О.Э., Прохоров Ю.А., Соловьев Г.М. Оперативная лапароскопия в лечении разлитого перитонита. В кн.: Материалы Первого Московского международного конгресса хирургов. М.; 1995: 26—7.

Поступила 15.04.12

© А.А. СОРОКИНА, Б.П. БОГОМОЛОВ, 2013

УДК 616.36-002-022-06:616.31-018.731-07

СОСТОЯНИЕ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ И ОРГАНОВ ПОЛОСТИ РТА У БОЛЬНЫХ ГЕПАТИТОМ А

А.А. Сорокина, Б.П. Богомолов

ФГБУ Центральная клиническая больница с поликлиникой Управления делами Президента Российской Федерации, Москва

Цель исследования — изучение состояния полости рта у больных гепатитом А. В исследование были включены 42 больных в возрасте от 25 до 58 лет, проходивших лечение в инфекционном отделении многопрофильной клинической больницы. Контрольную группу составили 40 пациентов без патологии печени. При гепатите А развиваются воспалительные заболевания слизистой оболочки полости рта: стоматиты — 78,5%, глосситы — 71,4%, хейлиты — 64,3%, воспаление краевого пародонта — 85,7%. Поражения слизистой оболочки полости ртаотягощают течение болезни и дополняют общую клиническую картину гепатита. У больных гепатитом А выявлена высокая (95,2%) распространенность кариеса и его осложнений. Проведенные нами исследования обосновывают необходимость раннего осмотра стоматологом больных гепатитом А.

Ключевые слова: гепатит А, слизистая оболочка, полость рта

СОСТОЯНИЕ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ И ОРГАНОВ ПОЛОСТИ РТА У БОЛЬНЫХ ГЕПАТИТОМ А

А.А. Sorokina, B.P. Bogomolov

Central Clinical Hospital with Polyclinic; General Management Department of Presidential Administration

The aim of the study was to estimate oral cavity condition in 42 patients aged 25-58 years with hepatitis A. Forty patients without hepatic pathology served as controls. Hepatitis A is known to be associated with inflammation of oral mucosa with stomatitis occurring in 78.5% of the patients, glossitis in 71.4%, cheilitis in 64.3%, marginal periodontal inflammation in 85.7%. Oral mucosal lesions confound the clinical picture of hepatitis. The prevalence of caries and its complications in patients with hepatitis A amounts to 95.2%. Results of our studies confirm the necessity of early stomatological examination of such patients.

Key words: hepatitis A, mucosa, organs of oral cavity

В оценке состояния стоматологического здоровья больных важное место занимают вирусные поражения печени [1—4]. Вместе с тем стоматологи и врачи других специальностей не уделяют должного внимания состоянию полости рта при заболеваниях печени [5].

Опыт работы стоматолога в инфекционных отделениях показал, что эффективность диагностики и лечения поражений слизистой оболочки полости рта (СОПР) зависит от возможно раннего осмотра поступившего больного [6, 7].