

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ РАБОТЫ ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ КЛИНИЧЕСКОГО ГОСПИТАЛЯ МСЧ МВД РОССИИ ПО РТ

ЛЭЙЛЭ РАВИЛОНА АБСАЛЯМОВА, зав. отделением гастроэнтерологии, Клинического госпиталя ФКУЗ «Медико-санитарная часть Министерства внутренних дел Российской Федерации по Республике Татарстан», врач-гастроэнтеролог

ЛЕНАР ФАРАХУТДИНОВИЧ САБИРОВ, канд. мед. наук, начальник Клинического госпиталя ФКУЗ «Медико-санитарная часть Министерства внутренних дел Российской Федерации по Республике Татарстан»

АЛЬБЕРТ ВАЛЕРЬЕВИЧ СПИРИДОНОВ, канд. мед. наук, зам. начальника Клинического госпиталя ФКУЗ «Медико-санитарная часть Министерства внутренних дел Российской Федерации по Республике Татарстан»

Реферат. В статье отражена деятельность гастроэнтерологического отделения Клинического госпиталя МСЧ МВД России по РТ за 5 лет — с 2009 по 2013 г. Приводятся примеры из клинической практики. Установлено, что для оптимизации деятельности гастроэнтерологического отделения при обследовании и лечении пациентов — сотрудников органов внутренних дел, необходимо следовать рекомендациям, принятым в системе обязательного медицинского страхования.

Ключевые слова: гастроэнтерология, оптимизация, клинические примеры.

COMPARATIVE STUDY OF GASTROENTEROLOGICAL UNIT'S ACTIVITY OF CLINICAL HOSPITAL OF MES MIA OF RUSSIA INTR

LEILE R. ABSALYAMOVA, LENAR F. SABIROV, ALBERT V. SPIRIDONOV

Abstract. This article covers the activity of the clinical hospital gastroenterology department Medical Unit Russian Interior Ministry in the Republic of Tatarstan for 5 years from 2009 to 2013. Examples from clinical practice are given. Found that the optimization of the gastroenterology department at the examination and treatment of patients — police officers must follow the recommendations, accepted in the compulsory health insurance.

Key words: gastroenterology, optimization, clinical examples.

Гастроэнтерология — раздел медицины о строении и функциях пищеварительной системы человека в условиях нормы и патологии. Гастроэнтерология изучает причины развития заболеваний органов пищеварения, механизмы их развития. Как наука гастроэнтерология разрабатывает новые методы диагностики, лечения и профилактики гастроэнтерологических заболеваний.

Заболевания органов пищеварения являются одними из самых распространенных: согласно статистике, более 70% населения страдают различными заболеваниями и расстройствами пищеварительной системы. Эти болезни имеют большое социальное значение, так как часто ведут к потере трудоспособности. Основными этиологическими факторами данного класса заболеваний ученые считают нарушение режима и качество питания, аллергические агенты, а также социально-психологический и эмоциональный стресс.

Давно изучен вопрос о влиянии социального статуса на уровень заболеваемости общества. Понятие «социальный статус» включает массу аспектов, характеризующих жизнь человека, в том числе медицинскую культуру, культуру питания, экономи-

ческую составляющую жизни и т.д. Практически все характеристики социального статуса человека в той или иной степени влияют на здоровье, в том числе на развитие и течение гастроэнтерологических заболеваний. К «социальным» причинам гастроэнтерологических заболеваний можно отнести нерациональное, несбалансированное, нерегулярное питание, злоупотребление алкоголем и табакокурением, недостаток физической активности, острые кишечные инфекции и т.д. Социальной проблемой является также рост числа людей с избыточной массой тела. В настоящее время доказано, что в 90% случаев ожирения страдает печень. Следует обратить внимание еще на одну частую причину развития болезней органов пищеварения — недостаточную стрессоустойчивость современного человека.

Последние 20 лет международное медицинское сообщество и Всемирная организация здравоохранения занимается проблемой биосоциальных заболеваний, к которым относятся функциональные заболевания органов пищеварения. Наиболее частой причиной развития функциональных заболеваний органов пищеварения является нарушение нервной регуляции деятельности органа, при этом в нем

отсутствуют значимые органические изменения. На фоне хронических эмоциональных перегрузок, частых стрессов, высокого темпа жизни у человека, имеющего определенную предрасположенность к этому виду заболеваний, формируются нарушения в сфере нервной регуляции деятельности органов пищеварения, и чаще всего появляются спастические сокращения стенок кишечника, желудка, билиарного тракта. Распространенность указанных причин имеет отчетливую тенденцию к увеличению на современном этапе. «Область ответственности» гастроэнтерологии — это лечение заболеваний пищевода, желудка, поджелудочной железы, кишечника, желчного пузыря и печени.

В основные направления деятельности гастроэнтерологического отделения входят:

- оказание специализированной помощи больным с тяжелыми клиническими проявлениями заболеваний органов пищеварения, которые не корригируются методами лечения в амбулаторных условиях;
- профилактика, диагностика, лечение и раннее выявление онкологических и предраковых заболеваний желудочно-кишечного тракта, печени и желчевыводящих путей;
- оказание специализированной медицинской помощи, реабилитация и диспансерное наблюдение лиц с указанными заболеваниями, включая лиц, перенесших оперативные вмешательства, а также улучшение качества жизни пациентов с данными заболеваниями;
- проведение дифференциальной и специфической диагностики у больных с неустановленным диагнозом.

Для выявления заболеваний желудочно-кишечного тракта, печени и желчевыводящих путей и уточнения диагноза используются современные методы диагностики в гастроэнтерологии (ультразвуковая диагностика, эзофагоскопия, гастроскопия, лапароскопия, ректоскопия, радиологические исследования, большое число лабораторных методик и др.), что позволяет выявить болезни органов пищеварения на ранних стадиях и проводить лечебно-диагностические мероприятия на уровне мировых стандартов.

Желудочно-кишечный тракт состоит из ряда органов, участвующих в пищеварении. Он представляет собой канал, протянувшийся от полости рта до заднего прохода. Содержащиеся в пище питательные вещества претерпевают физические и химические изменения и усваиваются организмом.

Рот. Пережевывание пищи начинается в полости рта, где она пережевывается, и ферменты, содержащиеся в слюне, расщепляют определенные углеводы. Затем язык и мышцы глотки проталкивают образовавшуюся смесь в пищевод и далее вниз, в желудок.

Желудок. Выделяющиеся в желудке ферменты (пепсин и химозин) и соляная кислота переваривают пищу до полужидкого состояния.

Двенадцатиперстная кишка. Пройдя в двенадцатиперстную кишку, пищевая кашица подвергается дальнейшему расщеплению пищева-

рительными ферментами поджелудочной железы и печени.

Тонкая кишка. В тонкой кишке процесс пищеварения проходит завершающую стадию, во время которой питательные вещества распадаются на простые химические соединения, которые могут всасываться в кровеносные и лимфатические сосуды. Часть этих веществ поступает в печень.

Толстая кишка. Остатки непереваренной пищи в полужидком состоянии поступают из тонкой кишки в толстую, где микрофлорой расщепляется клетчатка и большая часть воды снова всасывается в кровь. Полутвердые остатки пищи продвигаются в прямую кишку, откуда периодически выбрасываются из организма через задний проход. Добавление в пищевой рацион клетчатки (растительные волокна) способствует повышению функциональности толстой кишки.

Современный ритм жизни, постоянные стрессы, неправильное питание, неблагоприятная экологическая обстановка — все это сказывается на нашем организме, в том числе и на желудочно-кишечном тракте. С каждым годом растет число пациентов с хроническими гастроэнтерологическими заболеваниями. Нередко следствием перехода болезни в хроническую форму является самолечение, которое только усугубляет течение заболевания, принося лишь временное улучшение состояния больного.

Наиболее распространенные гастроэнтерологические заболевания:

- **Хронический гастрит** — это воспаление слизистой оболочки желудка, которое сопровождается ее дистрофическими изменениями. Гастрит обостряется из-за нарушения режима и ритма питания, острой и жирной пищи, злоупотребления алкоголем, курения и стресса. Хроническим гастритом страдают 50% населения, и лишь только 10—15% обращается к врачам. В 75% случаев хронический гастрит сочетается с хроническим холециститом, аппендицитом, колитом и другими заболеваниями органов пищеварения.

- **Колит** — это острое или хроническое воспаление слизистой оболочки толстой кишки, которое нередко возникает при хронических воспалительных заболеваниях кишечника, а также инфекциях, вызываемых бактериями или вирусами и может осложняться воспалением желудка или тонких кишок.

- **Панкреатит** — это серьезное заболевание, при котором воспаляется поджелудочная железа из-за самопереваривания (поражение собственными ферментами). Согласно данным мировой статистики, в год острым панкреатитом заболевает от 200 до 800 человек из миллиона. Это заболевание чаще встречается у мужчин. Возраст больных колеблется в широких пределах и зависит от причин развития панкреатита. Острый панкреатит на фоне злоупотребления алкоголем возникает в среднем в возрасте около 39 лет, а при панкреатите, ассоциированном с желчекаменной болезнью, средний возраст пациентов составляет 69 лет. В зону риска этой болезни попадают мужчины и женщины, злоупотребляющие алкоголем, женщины во время беременности и в раннем послеродовом периоде,

а также взрослые и дети, питающиеся однообразно, склонные к перееданию.

• *Цирроз печени* — это общее заболевание с хроническим течением, обусловленное прогрессирующим поражением печени с полной перестройкой ее ткани, что приводит к нарушению всех ее функций и развитию хронической печеночной недостаточности. Развивается после перенесенного вирусного гепатита, на фоне хронического алкоголизма; иногда установить причину цирроза печени не удается. Чаще страдают мужчины, преимущественно в среднем и пожилом возрасте. По данным вскрытия, частота циррозов печени в мире колеблется между 7—10%, наиболее часто заболевание диагностируется у лиц старше 40 лет. Мужчины болеют в 2 раза чаще, чем женщины.

• *Эзофагит* — это воспаление слизистой оболочки пищевода. Пищевод представляет собой трубку, которая соединяет полость рта с желудком. По статистике, 10% населения Земли старше 30 лет сталкивается с этой болезнью.

• *Язва желудка и двенадцатиперстной кишки.* Язвенная болезнь связана с нарушением нервных, а затем и гуморальных механизмов, регулирующих секреторную, моторную функции желудка и двенадцатиперстной кишки, кровообращение в них, трофику слизистых оболочек. Отрицательные эмоции, длительные психические перенапряжения, патологические импульсы из пораженных внутренних органов при хроническом аппендиците, хроническом холецистите, желчнокаменной болезни и т.д. нередко являются причиной развития язвенной болезни. Отличительная особенность язвенной болезни — цикличность течения. Периоды обострения, которые обычно продолжаются от нескольких дней до 6—8 нед, сменяются фазой ремиссии. Во время ремиссии пациенты нередко чувствуют себя практически здоровыми, даже не соблюдая какой-либо диеты. Распространенность язвенной болезни среди взрослого населения составляет в разных странах от 5 до 15% (в среднем 7—10%). А по своим размерам язва редко превышает 1 см.

В настоящее время к основным причинам развития язвенной болезни желудка и луковицы 12-перстной кишки спелициологи относят:

- бактерию *Helicobacter pylori* (*H. pylori*);
- регулярный прием нестероидных противовоспалительных препаратов, таких как аспирин, ибупрофен, индометацин, диклофенак;
- недоброкачественную пищу;
- нарушение диеты;
- прием алкогольных напитков;
- наследственность.

• *Холецистит* — это воспаление желчного пузыря. По статистике, эта патология встречается у 13—15% населения планеты. Женщины страдают в 3—4 раза чаще. Холецистит бывает острым или хроническим.

• *Дискинезия желчных путей* — это комплекс расстройств желчевыводящей системы, обусловленных нарушениями двигательной функции желчного пузыря и желчных протоков при отсутствии их органических изменений. У больных отмечается либо чрезмерное, либо недостаточное сокращение

желчного пузыря. Как показывает практика, дискинезии чаще встречаются у женщин. Расстройства желчевыводящей системы могут быть определены ее повышенной сократительной активностью (гиперкинетическая дискинезия) или пониженной (гипокинетическая дискинезия). Гиперкинетическая дискинезия чаще встречается в молодом возрасте, гипокинетическая — у людей с неустойчивой психикой и после 40 лет. Паразитарные, глистные инфекции пищеварительного тракта нередко протекают с выраженными явлениями дискинезии желчного пузыря и желчных путей.

• *Дисбактериоз кишечника* — это синдром, при котором нарушается нормальное соотношение представителей кишечной микрофлоры. Согласно критериям Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), дисбактериоз не относится к заболеваниям. По мнению большинства ученых, дисбактериоз является не причиной, а следствием других патологий. Этот синдром, а также его диагностика и лечение являются предметом ожесточенных споров в медицинских кругах. Дисбактериоз считают или источником практически всех проблем со здоровьем, или микробиологическим термином, не имеющим большого практического значения.

• *Рак желудка.* В структуре онкологической заболеваемости и смертности населения России рак желудка занимает 2-е место после рака легкого. Ежегодно в нашей стране учитывается 48,8 тыс. новых случаев этого заболевания, что составляет немногим более 11% от всех злокачественных опухолей. Около 45 тыс. россиян ежегодно умирают от рака желудка. В подавляющем большинстве стран мира заболеваемость мужчин в 2 раза выше, чем у женщин. Максимальный уровень заболеваемости раком желудка (114,7 на 100 тыс. населения) отмечен у мужчин Японии, а минимальный (3,1 на 100 тыс. населения) — у белых женщин США.

Гастроэнтерологическое отделение организовано 14 марта 1988 г., работает согласно принятым стандартам лечения и диагностики Министерством здравоохранения РФ (приказ от 22.06.2009 № 820). В отделении получают квалифицированное лечение больные язвенной болезнью желудка и 12-перстной кишки, острыми и хроническими заболеваниями печени и желчного пузыря, поджелудочной железы, кишечника, а также заболеваниями других органов. Пациентов отделения при необходимости консультируют сотрудники кафедры терапии КГМА и кафедры общей врачебной практики КГМУ. Оснащенность лекарственными средствами приближается к 100%, а пациентам в большей мере доступны необходимые лабораторно-инструментальные методы исследования. Лечение пациентов в условиях стационара позволяет под наблюдением врача подобрать пациенту адекватную терапию, выработать приверженность пациента подобранным медикаментам, проследить за появлением аллергических реакций или иных форм лекарственной непереносимости. Основная задача, которую ставит перед собой врач, — это улучшение качества жизни пациента.

С 14 июля 2007 г. по 31 декабря 2011 г. в отделении функционировало 40 коек для пациентов,

поступавших по линии ОМС. С 1 января 2012 г. оставлено 35 коек только для сотрудников МВД, УФСИН, МЧС, членов их семей и вольнонаемных сотрудников МВД (табл. 1).

Таким образом, увеличилось количество пенсионеров МВД на 4,6%; количество пациентов по платным услугам — на 2%; количество военнослужащих — на 1,1%; членов семей сотрудников МВД — на 1%; количество аттестованных — на 0,9%; уменьшилось количество вольнонаемных на 1,6%;

количество сотрудников УИН — на 3,8%; количество сотрудников МЧС — на 4,2%; количество военно-служащих — на 0,9%.

План койко-дня был выполнен в 2012 г. на 90,5%, в 2013 г. — на 81,5%. Снизился (несмотря на улучшение оборота койки на 1,9 по сравнению с 2012 г. и такого показателя, как средняя длительность койки на 2,7) на 9% за счет снижения такого показателя, как средняя занятость койки на 18,7 (табл. 2). Данные всех этих показателей (оборот койки — 18,8; средняя

Таблица 1

Социальный статус пролеченных пациентов

Показатель	2009 г.		2010 г.		2011 г.		2012 г.		2013 г.	
	Кол-во чел.	%								
Всего прошли лечение	459	100	510	100	442	100	571	100	658	100
Из них										
Аттестованные	242	53,0	274	53,7	225	50,9	285	49,9	334	50,8
Вольнонаемные	17	3,7	22	4,3	23	5,2	23	4,0	16	2,4
Члены семей	25	5,4	24	4,7	20	4,5	31	5,4	42	6,4
Пенсионеры МВД	74	16,1	92	18,1	88	19,9	110	19,3	157	23,9
Военнослужащие	19	4,1	24	4,7	2	0,4	18	3,2	28	4,3
УИН	33	7,1	41	8,1	58	13,1	61	10,7	46	6,9
ПЧ	23	5,0	18	3,5	24	5,4	41	7,2	20	3,0
Платные	26	5,6	15	2,9	3	0,6	—	—	15	2,3

Таблица 2

Основные показатели работы гастроэнтерологического отделения

Показатель	2009 г.	2010 г.	2011 г.	2012 г.	2013 г.
Выполнение плана койко-дня, %	101,9	116	90,7	90,5	81,5
Средняя занятость койки, дней	346,8	394,8	308,8	274,7	256,0
Средняя длительность пребывания больного на койке, дней	15,1	15,3	14,4	13,8	13,6
Оборот койки	23,0	25,7	21,4	16,9	18,8
Летальность	—	—	—	0,17	—

Таблица 3

Структура госпитальной заболеваемости по МВД (койко-день, %)

Заболевания	2009 г.		2010 г.		2011 г.		2012 г.		2013 г.	
	К/д	%								
Язвенная болезнь 12-перстной кишки средней тяжести	15,1	26,8	15,2	24,3	12,9	25,1	11,6	15,8	12,1	9,6
Хронический панкреатит	15,3	15,7	14,1	12,4	15,3	12,9	12,3	11,4	13,8	9,2
Хронический гастродуоденит	14,4	12,2	13,9	13,7	12,4	8,8	11,0	8,4	10,6	7,6
Хронический эрозивный гастродуоденит	14,7	10,5	14,9	14,1	13,8	19,4	11,4	13,1	11,9	11,7
Хронический холецистит средней степени тяжести	13,8	9,8	14,7	8,4	13,2	6,8	10,0	1,2	9,5	1,8
Дискинезия толстого кишечника	16,3	3,9	13,7	3,1	10,6	3,2	9,7	1,8	10,3	0,8
Хронические гепатиты	15,2	3,5	16,6	3,3	16,2	3,6	16,1	8,6	16,7	8,5
Язвенная болезнь желудка средней тяжести	15,2	2,6	15,8	3,5	14,0	4,1	15,6	7,4	16,0	6,2
Эрозивный эзофагит	13,5	2,6	14,3	3,1	14,5	4,8	15,6	14,7	15,7	11,2
ЖКБ	12,0	2,0	13,1	1,0	12,8	2,0	9,2	0,5	10,8	1,2
ГЭРБ	12,7	1,8	14,6	5,7	11,4	2,9	9,5	4,0	11,2	4,9
ПХЭС	15,1	1,5	13,5	0,6	12,2	1,8	10,0	0,5	12,2	1,0
НЯК	19,2	1,5	21,0	1,0	15,2	0,7	22,4	2,1	17,9	1,0

Заболевания	2009 г.		2010 г.		2011 г.		2012 г.		2013 г.	
	К/д	%								
Язвенная болезнь 12-перстной кишки тяжелой степени	15,0	1,3	—	—	—	—	17,5	2,1	15,9	4,1
Цирроз печени	16,3	1,1	17,0	1,8	16,3	0,7	17,5	2,1	17,6	2,3
Хронические холециститы тяжелой степени	15,2	0,9	—	—	—	—	12,3	2,5	13,4	4,1
Синдром Жильбера	15,0	0,7	15,5	1,2	13,0	0,2	9,0	0,4	11,6	0,5
Язвенная болезнь желудка тяжелой степени	15,4	0,4	—	—	—	—	1,0	0,4	13,8	0,6
Онкология	13,0	0,4	12,0	0,4	18,5	0,5	9,8	0,9	12,1	0,9
Болезнь Крона	19,0	0,2	19,0	0,2	21,0	0,2	18	0,1	19,0	0,2
ПГРС	16,5	0,4	—	—	—	—	13,5	1,1	18,5	0,3
АИГ	14,3	0,2	—	—	—	—	26,0	0,1	14,5	0,6
Пищевод Баретта	—	—	20,0	0,2	14,5	0,5	14,6	0,7	13,0	0,2
Дивертикулярная болезнь кишечника	—	—	12,5	0,4	14,0	0,2	28,0	0,1	15,8	0,6
СРК	—	—	15,2	1,6	8,0	1,4	—	—	17,0	0,2
ПБЦ	—	—	—	—	23,0	0,2	—	—	17,0	0,2
ГПОД	—	—	—	—	17,5	2,1	—	—	15,9	6,4
Эзофагит	—	—	—	—	12,3	2,5	—	—	15,9	4,1

длительность пребывания больного на койке — 13,6) говорят о четком соблюдении медико-экономических стандартов.

Таким образом, основной контингент составляют больные с хроническими эрозивными гастродуоденитами, эрозивными эзофагитами, язвенной болезнью 12-перстной кишки, а также с хроническими панкреатитами. Увеличилось количество таких заболеваний, как грыжа пищеводного отверстия диафрагмы на 4,3% и эзофагит на 1,6% (табл. 3).

На время универсиады было организовано observational отделение, где лечились сотрудники МВД из приданных сил. Всего было выписано с улучшением состояния 54 человека.

За последние годы работы отделения для улучшения диагностики внедрены новые методы обследования больных на базе «Биомеда» и «Лабмеда»: анализы крови на антитела различных заболеваний (аутоиммунных, вирусных, паразитарных); на базе МКДЦ — ультрасонография для выявления патологии гепатобилиарной зоны и поджелудочной железы. Эта методика помогает выявить следующие патологии: конкременты общего печеночного протока, холангиокарциномы, рак поджелудочной железы, аденома большого дуоденального соска. В настоящее время с приобретением нового эндоскопа с видеостойкой во время проведения фиброгастродуоденоскопии у 100% больных берется биопсия для выявления *Нр*.

Для повышения своего профессионального уровня врачи отделения ежегодно участвуют в Российской конференции «Гепатология сегодня» и в конференциях Российской гастроэнтерологической ассоциации в г. Москве.

В отделении с пациентом постоянно проводится санитарно-просветительная работа по здоровому

образу жизни, борьбе с вредными привычками, принципам рационального питания. Пациенты обеспечиваются информацией по диете, дополнительной литературой и проспектами по лекарственным препаратам и фитотерапии.

Проведено 16 занятий с участием врачей отделения на следующие темы: «Запорный синдром», «Алкогольная болезнь печени», «Гастрозофагеальная рефлюксная болезнь», «Язвенная болезнь желудка и луковицы 12-перстной кишки, ассоциированная с *Нр*».

С сентября 2010 г. до 2012 г. в Клиническом госпитале МСЧ МВД России по РТ работает КПО КГМА Минздрава России под руководством профессора Р.С. Сайфутдиновой, которая первая среди кафедр открыла школу для пациентов, внедрила в госпитале такие обследования, как определение скрытой крови в кале с помощью теста Colon View НВ&НВ/НР (анализ кала на гаптоглобин и гемоглобин), экспресс-тест для диагностики лактазной недостаточности и экспресс-тест для диагностики хеликобактера пилори.

Клинический случай, диагноз подтвержден таким дообследованием, как ультрасонография.

Пациент Г., 65 лет, поступил на стационарное лечение в гастроэнтерологическое отделение с жалобами на выраженные боли в верхней половине живота опоясывающего характера после приема пищи, вздутие живота, распирающие по всему животу, горечь во рту, жидкий стул до 2 раз в день без патологических примесей, режущие боли в правой позадной области, купирующиеся после акта дефекации.

Анамнез. Болен с 2010 г. впервые появились приступы болей в животе. При обследовании выяв-

лена желчекаменная болезнь. В 2011 г. произведена лапароскопическая холецистэктомия. Месяц назад боли в животе вновь возобновились после нарушения в диете.

Проведены следующие обследования:

ОАК: СОЭ — 42-43-49 мм/ч; лейкоциты — 7,8-8,7-8,5×10⁹/л; эритроциты — 5,29×10¹²/л; гемоглобин — 12,4 г/л; тромбоциты — 292-330-278×10⁹/л; лимфоциты — 37,0%; моноциты — 6,7%; гранулоциты — 56,3; палочкоядерные — 3%; эозинофилы — 3%; сегментоядерные — 5%.

БАК: общий билирубин — 14 мкмоль/л; прямой билирубин — 2-8,5 мкмоль/л; АЛТ — 72-68-42 Ед/л; АСТ — 44-45-25 Ед/л; холестерин — 4,4; глюкоза — 3,7 ммоль/л; щелочная фосфатаза — 500-946-561 Ед/л; γ-глутамил транспептидаза — 42,0 Ед/л; амилаза крови — 294-57 Ед/л; С-реактивный белок — пол.(+); фибриноген А — 3,7 г/л; фибриноген — отр.; протромбиновое время — 17 с, протромбиновый индекс — 94%.

ОАМ: уд. вес — 1020; рН — 5,0; белок — отр., сахар — отр.; лейкоциты — 1—2 в поле зрения; эпителий — 1—2 в поле зрения.

ЭКГ: синусовый ритм с ЧСС — 80 уд/мин; нормальное положение ЭОС; снижен вольтаж зубцов желудочного комплекса в стандартных, усиленных от конечностей отведениях.

ФГДС: гастродуоденит.

УЗИ ОБП: печень: правая доля — 149 мм (0,9 см), левая доля — 77 см (0,7 см). В пятом сегменте визуализируется киста диаметром 17 мм. Желчный пузырь удален, ложе без особенностей. Холедох — 9 мм, в области головки поджелудочной железы — 10 мм. Поджелудочная железа: головка — 35 мм, тело — 26 мм, хвост — 18 мм. Воротная вена — 10 мм. Селезеночная вена — 5 мм. Селезенка — 104×36 мм. Почки без патологических изменений.

В результате обследования пациенту был выставлен предварительный диагноз: хронический токсический гепатит с синдромом холестаза и цитолита. Хронический панкреатит в стадии обострения. Киста печени.

На фоне проводимой терапии спазмолитиками, миотропными спазмолитиками, ингибиторами протонной помпы, ингибиторами протеаз, антибактериальными препаратами, гепатопротекторами, ферментами самочувствие пациента улучшилось незначительно, а в лабораторных анализах наблюдалась тенденция к ухудшению (прямой билирубин — 8,5 мкмоль/л; щелочная фосфатаза — 946 Ед/л; гамма-ГТП — 428 Ед/л; амилаза крови — 294 Ед/л), что свидетельствует о наличии механического препятствия для оттока желчи и усилении холестаза, что и привело к мысли о дообследовании пациента методом эндоскопической ультрасонографии. Желчевыводящие протоки визуализируются четко на всем протяжении от бифуркации до БДС: расширен в верхней трети до 10,6 мм, в средней трети до 8 мм, в нижней трети до 7 мм; в просвете нижней трети определяется гиперэхогенная структура до 9,0 мм с эффектом акустической тени. Панкреатобилиарное соустье

общее. Желчный пузырь удален. Поджелудочная железа: данных об очаговом образовании головки не выявлено, тело однородное, повышенной эхогенности, головка — 26 мм с ровными контурами, вирсунгов проток — до 2 мм; тело — 14 мм, хвост — 21 мм, экоструктура однородная. В гепатодуоденальной связке — единичный лимфоузел до 7×5 мм.

В результате проведенного обследования был выставлен заключительный диагноз: постхолецистэктомический синдром, холедохолитиаз. Киста печени. Реактивный панкреатит. Пациенту рекомендовано оперативное лечение.

Выводы. Значительно выше стал уровень диагностики. Проводятся исследования крови на антитела аутоиммунных, вирусных, паразитарных заболеваний; ультрасонография для подтверждения патологии гепатобилиарной зоны и поджелудочной железы. Рационально используются стандарты в диагностике и лечении пациентов с заболеваниями желудочно-кишечного тракта.

ЛИТЕРАТУРА

1. Черногорова, М.В. Практическая гастроэнтерология в России: становление, развитие, перспективы / М.В. Черногорова, Е.А. Белоусова, В.Ю. Семенов // Проблемы управления здравоохранением. — 2006. — № 3. — С.27—32.
2. Гастроэнтерология и гепатология. Диагностика и лечение / под ред. А.В. Калинина, А.И. Хазанова. — М., 2007.
3. Практическая панкреатология / под ред. Н.Б. Губергриц. — М., 2006.
4. Гастроэнтерология и гепатология. Диагностика, лечение / под ред. А.В. Калинина, А.И. Хазанова, А.Ф. Логиновой. — М., 2011.
5. Гастроэнтерология. Национальное руководство / под ред. В.Т. Ивашкина, Т.Л. Лапина. — М., 2008.
6. Губергриц, Н.Б. Боль при заболеваниях пищевода, желудка, двенадцатиперстной кишки / Н.Б. Губергриц. — М., 2010.
7. Губергриц, Н.Б. Боль при заболеваниях кишечника / Н.Б. Губергриц. — М., 2010.

REFERENCES

1. Chernogorova, M.V. Prakticheskaya gastroenterologiya v Rossii: stanovlenie, razvitie, perspektivy / M.V. Chernogorova, E.A. Belousova, V.YU. Semenov // Problemy upravleniya zdравooхранением. — 2006. — № 3. — S.27—32.
2. Gastroenterologiya i gepatologiya. Diagnostika i lechenie / pod red. A.V. Kalinina, A.I. Hazanova. — M., 2007.
3. Prakticheskaya pankreatologiya / pod red. N.B. Gubergric. — M., 2006.
4. Gastroenterologiya i gepatologiya. Diagnostika, lechenie / pod red. A.V. Kalinina, A.I. Hazanova, A.F. Loginovoi. — M., 2011.
5. Gastroenterologiya. Nacional'noe rukovodstvo / pod red. V.T. Ivashkina, T.L. Lapina. — M., 2008.
6. Gubergic, N.B. Bol' pri zabolevaniyah pischevoda, zheludka, dvenadcatiperstnoi kishki / N.B. Gubergic. — M., 2010.
7. Gubergic, N.B. Bol' pri zabolevaniyah kishchnika / N.B. Gubergic. — M., 2010.