

ет от 21,2 до 32 % (Гибадулина И.О. и соавт., 2007). Одной из причин неудовлетворительных результатов хирургического лечения ЖКБ и язвенной болезни является не зарегистрированный, до операции, дуоденальный стаз.

Цель исследования: определение эндоскопических признаков ХНДП у больных с заболеваниями ГТПБЗ.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Проведен анализ медицинской документации — истории болезней с клиническими проявлениями заболеваний органов ГТПБЗ. Были отобраны 482 пациента с клиническими признаками дуоденального стаза в возрасте от 18 до 75 лет. Всем проводилось ФЭГДС с прицельной биопсией, рентгеноскопия желудка, релаксационная дуоденография, поэтажная манометрия, бактериологическое исследование желчи, рН-метрия, определение щелочной фосфатазы, диастазы в желудочном содержимом.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

ФЭГДС является важным диагностическим методом распознавания ХНДП у больных с заболеваниями ГТПБЗ. Для стадии компенсации дуоденального стаза характерны: отсутствие эзофагита на фоне нормальной функции кардиального жома, наличие поверхностного гастрита с сохранённой или сниженной кислотопродукцией, нормальный тонус пилоруса. У 30 % пациентов визуализируется малый дуоденогастральный рефлюкс, слизистая пилороантрального отдела обычного цвета.

В стадии субкомпенсации преобладают признаки атрофии слизистой желудка, у 1/3 больных слизистая оболочка имеет пёстрый вид из-за энтеролизации желёз, что подтверждает исследование биоптатов. Пилорус сомкнут, но тонус снижен, зияние привратника на 1/3 — 1/2 просвета, в желудке желчь, ДПК умеренно дилатирована, тонус сохранён, перистальтика вялая.

При декомпенсации отмечается недостаточность клапанного аппарата желудка, рефлюкс-гастрит, рефлюкс-эзофагит, пилорический жом ригидный, ДПК атонична с выраженной дилатацией, в антральном отделе желудка энтеролизация.

Таким образом, результаты исследования показали значительную роль ФЭГДС для выявления дуоденального стаза при заболеваниях ГТПБЗ.

В.Г. Круглов

ДЕСТРУКТИВНЫЙ ПАНКРЕАТИТ: НОВЫЕ ПОДХОДЫ В ТАКТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ

НИИ гастроэнтерологии СибГМУ (Северск)

Несмотря на то, что в последние годы вопросы, вскрывающие механизмы возникновения и развития деструкции в поджелудочной железе, весьма широко представлены в отечественной и зарубежной литературе, с сожалением следует признать, что летальность, при деструктивных формах заболевания остается высокой, достигая 20 — 30 % и более, становясь максимальным у пациентов с тотальным некрозом железы. Другим, не менее важным остается вопрос о выборе способа оперативного лечения деструктивного панкреатита. Высокая послеоперационная летальность, большое количество осложнений, заставляют хирургов пересматривать свое отношение к «открытым» операциям, особенно в фазе панкреатогенной токсемии. Все больше исследователей отдают предпочтение лапароскопии или использованию малоинвазивных пункционных и дренирующих методик под контролем трансабдоминального ультразвукового исследования или компьютерной томографии.

За период с 1990 по 2007 г под нашим наблюдением находился 1481 больной с острым панкреатитом. В том числе 689 (46,5 %) мужчин и 792 (53,5 %) женщины в возрасте от 21 до 79 лет. Средний койко-день составил 14,9 сут.

Отечная форма острого панкреатита имела место у 1272 (85,9 %) больных, деструктивные — у 209 (14,1 %) (в том числе геморрагический панкреонекроз — у 112 (7,6 %) и жировой — у 97 (6,5 %)). Начиная с 2000 г., всем пациентам, поступающим с диагнозом острый панкреатит, проводили оценку тяжести состояния по шкале Ranson.

При наличии отеочной формы панкреатита и количестве баллов по шкале Ranson менее 3 назначали консервативное лечение, которое включало: антисекреторную терапию (5-фторурацил, сандостатин), парентеральные формы H₂-блокаторов или ингибиторов протонной помпы, антиферментные (контрикал, гордокс), при необходимости длительного (более 48 часов) голодания — назначали нутритивную поддержку (зондовое энтеральное питание сбалансированными смесями). Антибактериальная терапия этой группе пациентов не проводилась. Длительность проводимой консервативной терапии определялась клиникой заболевания и корректировалась на основании данных инструмен-

тальных (УЗИ, ЭФГДС, лапароскопия, КТ с внутривенным усилением) и лабораторных методов исследований.

У пациентов с тяжелыми формами панкреатита (тяжесть состояния по Ranson более 4 баллов) на фоне признаков деструкции железы в схему лечения включали антибактериальные препараты, в первую очередь группы карбапенемов и цефалоспоринов III поколения.

Оперативное пособие было оказано 194 пациентам с деструктивными формами острого панкреатита, что составило 92,8 %.

До 1999 г. в клинике методом выбора хирургического лечения деструктивного панкреатита была открытая лапаротомия, во время которой по показаниям выполняли некрэктомию, абдоминализацию поджелудочной железы, дренирование.

С 2000 г. в лечении деструкции поджелудочной железы широко используется лапароскопия с обязательным дренированием желчного дерева (транспеченочная холецистостомия) и брюшной полости (4-я трубками в стандартных точках). Показанием к выполнению лапароскопии в нашей клинике считаются: программируемые лапароскопии с санацией брюшной полости при распространенном перитоните; ухудшение клинической картины у пациента с отечным панкреатитом.

«Открытые» операции были выполнены у 88 (45,4 %) пациентов, малоинвазивные вмешательства — у 106 (54,6 %).

Общая летальность (без дифференциации клинических форм острого панкреатита) составила 4,8 %, послеоперационная — 25,3 %. Летальность после лапароскопических вмешательств 17,9 %, после «открытых» — 37,5 %.

Таким образом, выработанная в клинике тактика индивидуального подхода к выбору метода лечения больных острым деструктивным панкреатитом в зависимости от стадии течения и наличия осложнений, применение новых — малоинвазивных технологий, позволила снизить общую и послеоперационную летальность.

П.Г. Курдюкова, М.П. Кисельникова, Н.В. Попова

СТРУКТУРА АМБУЛАТОРНЫХ ПРОКТОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Поликлиника МУЗ «Больница № 4» (Улан-Удэ)

С введением системы одноканального финансирования, изменения методов взаиморасчетов и финансирования актуальной становится проблема полного колопроктологического обследования больных. Отсутствие квалифицированных специалистов по их месту жительства нередко является причиной прогрессирования заболевания и позднего обращения за специализированной медицинской помощью.

Кабинет колопроктолога имеется в республике только в поликлинике МУЗ «Больница № 4». В настоящее время там работают квалифицированные специалисты, имеющие соответствующую подготовку и, что немаловажно, сертификаты. Из-за отсутствия в республике детского проктолога, кроме кабинета врача, в составе имеется эндоскопический кабинет, где производятся осмотр больного, пальцевое исследование прямой кишки, анускопия, ректороманоскопия. Пациенты, нуждающиеся в колоноскопии, направляются в эндоскопическое отделение, в ирригоскопии — в рентгенологическое. Оснащение кабинета достаточное: это гинекологическое кресло, ректоскопы (15 комплектов), анускопы, ректальные зеркала, инструменты для биопсии.

Подавляющее большинство пациентов составляют жители г. Улан-Удэ: от 69,3 % до 77,4 %. Но в последние годы отмечается стабильное увеличение удельного веса жителей районов Республики. Так, в 2007 г. он составил 30,5 %. Преимущественно приезжают из близлежащих районов.

Наиболее часто обращаются по поводу различных форм геморроя (33,6 %) и хронического колита (10,5 %). Удельный вес обращений по поводу полипов анального канала, прямой и ободочной кишок составил 7 %, злокачественных новообразований — 6,3 %, анальных трещин — 6,2 %, острого парапроктита — 4,3 %, параректальных свищей — 4,2 %, больные с колостомами — 4,7 %, с неопухолевыми воспалительными заболеваниями — 4,0 %.

На консультативном приеме за три года произведено 11093 ректороманоскопий, практически это составляет 70 % от всех посещений. В 7 % исследований диагностированы полипы прямой и ободочной кишок, в 6,3 % — рак прямой или толстой кишок, диагноз хронического колита выставлен в 14,9 % случаях, проктосигмоидита — в 14,5 %, дисбактериоза — в 3,6 %, болезнь Крона, неспецифического язвенного колита — в 1 % случаев.

У больных, находившихся на лечении с уже выставленным диагнозом хронический колит, в 15 случаях обнаружен железистый полип ободочной и прямой кишок, в 6 — полипоз ободочной кишки, в 7 — рак сигмовидной кишки, в 4 — рак прямой кишки, в 2 — долихосигма, в 2 — колоптоз, у 6 больных