

THE WAGE OF THE MEDICAL WORKERS, WHO WERE TAKEN UP IN RENDERING OF PAID MEDICAL AID

G.M. Gaidarov, S.N. Smirnov
(Irkutsk State Medical University)

The proposed system of the wage of medial workers will allow to decide a major problem of activity of treatment and prophylactic entities improvement of the quality of health servies at material interesting of the medical workers as a result of the transactions.

© БРЕГЕЛЬ А.И., ПИНСКИЙ С.Б., МУТИН Н.А., АНДРЕЕВ В.В. –
УДК 616.36-072.1

ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ И ЛЕЧЕБНАЯ ЭЗОФАГОГАСТРОДУОДЕНОСКОПИЯ ПРИ ИНОРОДНЫХ ТЕЛАХ ПИЩЕВОДА, ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

А.И. Брегель, С.Б.Пинский, Н.А. Мутин, В.В. Андреев.

(Иркутский Государственный медицинский университет, ректор – акад. МТА и АН ВШ А.А. Майборода; кафедра общей хирургии, зав. – проф. С.Б. Пинский)

Резюме. Представлены результаты эндоскопической диагностики и лечения 74 больных с инородными телами верхних отделов пищеварительного тракта. Описаны показания и техника их удаления. Авторы пришли к выводу, что эзофагогастродуоденоскопия является высокоинформативным методом диагностики. Выявление инородных тел в пищеводе, желудке и двенадцатиперстной кишке во время эндоскопии является показанием к их удалению.

Диагностика инородных тел основана на данных клинического, рентгенологического и эндоскопического методов исследования. Рентгенологическое исследование информативно при наличии металлических предметов, но не позволяет точно установить локализацию инородных тел, определить их миграцию и своевременно выявить развитие осложнений. При рентгено-негативных инородных телах даже применение специальных рентгенологических методик не всегда является достаточно эффективным.

Преимущества эндоскопических методов диагностики заключается в возможности визуальной оценки характера и локализации инородных тел, степени выраженности вызванных ими осложнений [5]. Кроме того, современная эндоскопическая техника позволяет извлекать инородные тела из пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки [3].

Материалы и методы

В клинике инородные тела верхних отделов пищеварительного тракта были диагностированы во время эндоскопических исследований у 74 больных, которые были в возрасте от 16 до 33 лет (табл.1).

У 63 из 74 больных с инородными телами эндоскопическое исследование было проведено в первые сутки, у 3 – на вторые сутки после госпитализации или операции и у 8 – инородные тела в

желудке и двенадцатиперстной кишке были выявлены во время плановых эндоскопических исследований при подозрении на заболевания эзофагогастродуоденальной зоны.

Инородные тела верхних отделов пищеварительного тракта у 63 из 74 больных были удалены во время эндоскопического исследования.

Таблица 1
Характер инородных тел верхних отделов
пищеварительного тракта

Характер инородных тел	Количество больных	
	п	%
Металлические предметы (иглы, дрель-бормы, черенки ложек, медицинский шпатель, проволока, гвозди, спицы, значки, бритвенные лезвия и др.)	21	28,38
Кости	9	12,16
Зубные протезы	5	6,76
Безоары	4	5,41
“Потерянный” дренаж	2	2,70
Непереваренные пищевые комки при сужении пищевода	17	22,97
Прочие	16	21,62
Всего	74	100,00

Результаты и обсуждение

Особенности эндоскопической диагностики инородных тел определяются их характером и локализацией. Выявление крупных инородных тел и безоаров обычно не представляет затруднений. Более сложной является диагностика мелких инородных тел, смешанных с остатками пищевых масс, а также острых предметов, частично внедрившихся в стенку органов. Для обнаружения инородных тел в пищевых массах при эндоскопическом исследовании изменением положения тела больных, производим дробление и размывание пищевых масс с помощью шипцов и катетеров.

При наличии острых костей и игл осмотр должен проводиться эндоскопами с торцевым расположением объектива. Исследование начинаем с тщательной ревизии слизистой пищевода, добиваясь достаточного расправления его просвета. Основное внимание при этом обращаем на область физиологических сужений пищевода.

В желудке нефиксированные инородные тела чаще располагались в области дна и антрального отдела. Внедрение остроконечных предметов в стенку желудка было по малой кривизне. Их успешной диагностике способствовало наличие перифокальной гиперемии и отека слизистой, появление нитей фибрина.

По мнению Б.Ш. Шехтман [4] инородные тела длиной более 15 см не могут самостоятельно миновать подкову двенадцатиперстной кишки. Они чаще задерживаются в месте перехода нижнегоризонтальной ветви в восходящую. Поэтому при подозрении на наличие инородного тела возникает необходимость в проведении тотальной дуоденоскопии [3].

Мы разделяем точку зрения Ю.М. Панцырева и Ю.И. Галлингера [2] о необходимости проведения экстренной лечебно-диагностической эндоскопии при случайном или умышленном проглатывании остроконечных инородных тел, способных вызвать перфорацию стенки органа, а также при инородных телах, обтурирующих просвет пищевода, привратника и гастроэнтероанастомоза. В то же время, мы придерживаемся более активной эндоскопической тактики и в отношении небольших по размеру инородных тел (диаметром до 1-1,5 см). Такие предметы способны эвакуироваться естественным путем, но в ряде случаев могут фиксироваться в области физиологических сужений или перегибов, труднодоступных для эндоскопических манипуляций (восходящая ветвь двенадцатиперстной кишки, дуоденоюнальный переход, тонкая кишка, баугиниева заслонка). В связи с этим, подозрение на наличие любого инородного тела мы рассматриваем как показание к проведению экстренного эндоскопического осмотра пищевода желудка и 12-перстной кишки.

В связи с многообразием инородных тел для их извлечения используют различные эндоскопические приемы и инструменты (биопсийные шипцы, петли для полипэктомии, магнит, гибкие ножницы и др.).

У 37 больных инородные тела локализовались в пищеводе. У 22 из них инородные тела были извлечены. В 13 наблюдениях инородные тела, как-то: пищевые комки — у 5, кости — у 6, монета — у 1, зубной протез — у 1 больных были низведены в желудок и в дальнейшем эвакуировались естественным путем. Извлечь инородные тела из пищевода (куски мяса при сужении пищевода) не удалось у 2 больных.

В двенадцатиперстной кишке инородные тела были обнаружены у 7 больных. У двух больных из луковицы 12-перстной кишки были удалены фрагменты лаврового листа, под которыми были обнаружены изъязвления, покрытые фибрином. При последующих дуоденоскопиях отмечена эпителизация этих дефектов слизистой оболочки двенадцатиперстной кишки.

В одном наблюдении из нижнегоризонтальной ветви двенадцатиперстной кишки был извлечен фиксированный в стенку кишки дрель-бор. Для его удаления с помощью петли для полипэктомии дрель-бор вначале был смещен в дистальном направлении и затем извлечен.

Применение “потерянного дренажа” облегчает наложение швов на холедох и предупреждает развитие желчной гипертензии в ближайшем послеоперационном периоде. Однако, если в последующем не происходит самопроизвольного отхождения дренажа, то он инкрустируется желчными кислотами и становится причиной механической желтухи, что требует его оперативного удаления. У двух больных, у которых не произошло самопроизвольного отхождения дренажей, во время эндоскопического исследования удалось вывести их с помощью петель из холедоха в просвет двенадцатиперстной кишки. У одного больного дренаж был извлечен наружу, а у другого — мигрировал естественным путем.

У одного больного швейная игла фиксированная в стенке нижнегоризонтальной ветви двенадцатиперстной кишки, была захвачена петлей и извлечена до средней трети пищевода, где располагалась в поперечном направлении и внедрилась в обе стенки пищевода. При многократных попытках захвата и извлечения произошла перфорация пищевода с развитием двустороннего пневмоторакса. Больная была экстренно оперирована, дефект в пищеводе ушит. Наступило выздоровление.

Наибольшее количество различных предметов были извлечены из желудка. Для удаления крупных инородных тел (медицинского шпателя, термометров, черенков столовых ложек) был применен распространенный эндоскопический прием с асимметричным захватом их полипэктомической петлей. Все извлеченные остроконечные инородные тела (мелкие кости, инъекционные и швейные иглы) в течение различного срока были фиксированы в стенке желудка. Определенный интерес представляет наблюдение с длительным (в течение одного года) пребыванием в желудке швейной иглы. Поводом для обращения больной послужило

ло появление болей в животе, усилившихся при изменении положения тела. При пальпации отмечена локальная болезненность в эпигастральной области живота. На обзорной рентгенограмме в проекции желудка обнаружена швейная игла, после эндоскопического удаления которой боли в животе прекратились.

Серьезные технические трудности возникли при удалении из желудка магнита дискообразной формы. Значительная толщина магнита (2 мм) не позволяла захватить его щипцами, а попытки набросить петлю в поперечном направлении сопровождались его выскальзыванием. Извлечь магнит удалось только после затягивания петли в плоскости диска по всей его окружности.

Эндоскопическое лечение безоаров сопряжено с необходимостью использования методов их дробления и извлечения мелкими фрагментами. У одного больного нам удалось при лечебной гастроскопии удалить фито-безоар размерами 8×8×6 см с использованием предложенной нами методики [1]. Для этого биопсийными щипцами была разрушена и удалена по частям полипэктомической петлей деревянистой консистенции оболочка безоара. Для рассечения центральной части, которая была желтовато-серого цвета, в виде воска, использовали пуговчатый зонд для электрокоагуляции, с помощью которого восковидное вещество быстро размягчилось, легко фрагментировалось и было удалено. Использование такого приема разрушения безоара с помощью электродиатермии в доступной литературе мы не встретили. Удаленный фитобезоар был осложнен образованием острой язвы размерами до 0,6 см в области угла желудка. При контрольной гастроскопии через месяц была отмечена эпителизация язвенного дефекта желудка.

Причинами неудач при попытках извлечения инородных тел из желудка были наличие остатков пищевых масс, которые затрудняли поиск, захват и надежную фиксацию инородных тел во время экстренных эндоскопических исследований. Не удалось извлечь инородные тела из желудка у 8

больных (7 из них приходится на первые годы работы и только 1 случай – за последние 10 лет).

У 4 больных не удалось извлечь из желудка зубные протезы, в том числе один смещенный из пищевода. У одного больного не был удален черенок столовой ложки. Также не удалось извлечь мелкие предметы, которые не были фиксированы в стенке органа (кость, низведенную из пищевода, швейную иглу и дрель-бор). При повторных гастроскопиях, проведенных после опорожнения желудка, инородные тела не были обнаружены в связи с их миграцией в кишечник. Хирургическое вмешательство выполнено у двух больных из этой группы в связи с фиксацией зубного протеза в области илеоцекального перехода и черенка столовой ложки в подкове 12-перстной кишки.

У одной больной во время неотложной эндоскопии, выполненной в связи с подозрением на острый холецистопанкреатит и кисту поджелудочной железы, был диагностирован гигантский трихобезоар, занимающий большую часть желудка, осложненный хронической язвой угла желудка. При рентгенологическом обследовании в брюшной полости обнаружен воздух. Диагноз перфорации желудка подтвержден во время лапароскопии и верифицирован при экстренной операции.

Смещение пищевого комка из пищевода в желудок и одного "потерянного" дренажа из холедоха в двенадцатиперстную кишку мы считаем адекватным лечебным пособием.

Летальных исходов не было.

Таким образом, представленные результаты эндоскопической диагностики и удаления инородных тел пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки подтверждают, что эзофагогастродуоденоскопия является высокоинформативным методом диагностики этой патологии и при подозрении на наличие любых предметов должна проводиться по неотложным показаниям. Эндоскопия при инородных телах верхних отделов пищеварительного тракта является относительно простым и безопасным методом диагностики и лечения.

DIAGNOSTIC AND MEDICAL ESOPHAGOGASTRODUODENOSCOPY AT GOREIGN BODIES OF AN ESOPNAGUS, STOMACH AND DUODENUM

A.I. Bregel, S.B. Pinsky, N.A. Mutin, V.V. Andreev

(Irkutsk State Medical University)

The results of an endoscopy's diagnostic and treatment of 74 sick persons with foreign bodies in the upper departments of a digestive tube are shown. The indication and technigue of their deleting are discribed. The authors come to a condusion, that esophagogastrroduodenoscopy is a high-informative method of diagnostic and at suspicion on availability of this pathology should be conducted under the pressing indications. The detection of foreign bodies in an esophagus, stomach, duodenum during an endoscopy is the indication to their deleting.

Литература

1. Брегель А.И., Альперт А.А. Удаление фитобезоара при гастроскопии // Вестн. Хирургии. – 1985. – №7. – С.64.
2. Панцырев Ю.М., Галлингер Ю.И. Оперативная эндоскопия желудочно-кишечного тракта. – Москва, 1984. – 192с.

3. Савельев В.С., Исаков Ю.Ф., Лопаткин Н.А. и др. Руководство по клинической эндоскопии. — Москва, 1985. — 544с.
4. Шехтман Б.Ш. Консервативное лечение больных с инородными телами желудочно-кишечного тракта // Хирургия. — 1975. — №6. — С.74-78.

5. Хутиев Ц.С., Кондухова Э.Р., Тохсыров А.В. и др. Безоары и гигантские язвы желудка, ассоциированные с хеликобактер пилори // Хирургия. — 1999. — №3. — С.28-31.

© ПАТРАЧКОВАТ.Г., ПЯТИДЕСЯТНИКОВА С.А., САРАЕВА Н.О. —
УДК 616.155.392:616.155.194

СЛУЧАЙ РАЗВИТИЯ ХРОНИЧЕСКОГО МЕГАКАРИОЦИТАРНОГО ЛЕЙКОЗА ПОСЛЕ 8-ЛЕТНЕЙ РЕМИССИИ АПЛАСТИЧЕСКОЙ АНЕМИИ

Т.Г. Патрачкова, С.А. Пятидесятникова, Н.О. Сараева.

(Областная клиническая больница, гл. врач — к.м.н. Ю.Л. Птиченко, гематологическое отделение, зав. — З.Ф. Огнева, Иркутский государственный медицинский университет, ректор — акад. МТА и АН ВШ А.А. Майборода, кафедра госпитальной терапии, зав. — проф. Т.П. Сизых)

Резюме. В статье описано чрезвычайно редкое в местной и мировой практике наблюдение исхода апластической анемии в клональное заболевание — хронический миелопролиферативный процесс.

Под апластической анемией понимают патологическое состояние, характеризующееся панцитопенией периферической крови и сопровождающееся угнетением кроветворения в костном мозге без признаков опухолевого процесса [3]. В костном мозге при этом идет повышенное замещение нормальной гемопоэтической ткани на жировые клетки. При апластической анемии всегда поражается стволовая клетка, что ведет к истощению пула этих клеток (количественный дефект) и формированию “стрессорного гемопоэза” (качественный дефект). Наиболее вероятно, что приобретенная апластическая анемия проявляется как вторичный процесс, вызванный и опосредованный иммунной системой в виде деструкции клеток костного мозга цитотоксическими Т-лимфоцитами или синтезированными ими цитокинами (гамма-интерферон, фактор некроза опухоли). Действие этих ингибирующих цитокинов не только супрессивное, но и деструктивное, путем индуцирования гибели стволовых клеток. Патофизиологию данного заболевания подтверждают два современных подхода к терапии — это восстановление дефицита стволовых клеток путем трансплантации костного мозга и супрессия деструктивных иммунологических процессов [1,2].

Заболевание в настоящее время у большинства больных может быть курабельным. Применение в клинической практике лошадиного антилимфоцитарного иммуноглобулина (лимфоглобулина) и кроличьего антиtimoцитарного иммуноглобулина (timoглобулина), как и циклоспорина-А в сочетании с аллогенной трансплантацией костного мозга или без нее позволяет значительно улучшить результаты лечения больных с приобретенными

формами апластической анемии. Использование иммуносупрессоров привело к увеличению количества клональных заболеваний у больных с частичным или полным восстановлением гемопоэза. Многие исследователи полагают, что использование иммуносупрессивной терапии позволяет больным апластической анемией дожить до развития клонального заболевания (лейкозы, пароксизмальная ночная гемоглобинурия). Примером, подтверждающим это положение, является данное клиническое наблюдение.

Больной С., история болезни № 517, 33 лет наблюдался в гематологическом отделении областной клинической больницы с апреля 1990 года, когда впервые обратился с жалобами на слабость, повышенную утомляемость, “беспричинное” появление синячков на коже верхних и нижних конечностей, десневые кровотечения. При осмотре обращала внимание резкая бледность кожных покровов и слизистых с мелкоочечными кровоизлияниями в области верхних и нижних конечностей. Периферические лимфоузлы были не увеличены. В легких — дыхание везикулярное, хрипов не было. При аускультации сердца выслушивался систолический шум на верхушке. Печень, селезенка не пальпировались. В анализах периферической крови были выявлены анемия (гемоглобин 40 г/л) и тромбоцитопения ($7,0 \times 10^9/\text{л}$). В миелограмме отмечалось снижение клеточного состава костного мозга за счет всех трех ростков гемопоэза (эритроцитарного, гранулоцитарного, мегакариоцитарного). В трепанате подвздошной кости имелось преобладание жировой ткани над деятельным красным костным мозгом. Учитывая клинико-лабораторные данные, был поставлен диагноз тяжелой апластической анемии. Несмотря на проводимую терапию кортикостероидами (преднизолон в дозе 120 мг/сут), сохранялась анемия (гемоглобин 50-60 г/л) и тромбоцитопения ($20,0-70,0 \times 10^9/\text{л}$). В мае 1990 года в ГНЦ РАМН после повторной биопсии и подтверждения диагноза апластической анемии, была выполнена спленэктомия. Вес удаленной селезенки составил 110 г, в