

фект слизистой оболочки. После прицельного орошения струей воды в большинстве случаев удается обнаружить края и дно язвы и установить причину кровотечения.

Если сгусток крови полностью закрывает источник кровотечения и отсутствует подтекание свежей крови, диагностика причины кровотечения осуществляется при последующих осмотрах. При подтекании крови из-под сгустка удаляем его струей воды или щипцами.

Правильную интерпретацию изъязвления затрудняет сходство хронических язв с острыми язвами и язвенной формой рака. Дифференциальную диагностику между ними проводили по известным эндоскопическим признакам и результатам морфологического исследования. Эффективность диагностики повышалась при повторных эндоскопических осмотрах.

Эффективность эндоскопического гемостаза при острых пищеводно-желудочно-кишечных кровотечениях зависит от ряда факторов. Однако ведущая роль принадлежит причине и интенсивности кровотечения, гемостатической эффективности применяемого метода и технике выполнения манипуляции.

Лечебная эндоскопия была применена у 38 больных и была направлена на остановку кровотечения при продолжающемся кровотечении и на профилактику его рецидива при остановившемся кровотечении. Лечебные манипуляции включали обкалывание источника кровотечения гемостатическими препаратами, наложение клипс и аргонплазменную коагуляцию источника кровотечения. Остановить продолжающееся кровотечение не удалось у одного больного.

Осложнений, связанных с проведением диагностической и лечебной эндоскопии не было.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Полученные данные подтверждают высокую эффективность диагностической и лечебной эзофагогастродуоденоскопии при острых язвенных кровотечениях.

А.И. Брегель, Н.А. Мутин, В.В. Андреев, В.В. Евтушенко

ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ РЕТРОГРАДНАЯ ПАНКРЕАТОХОЛОНГИОГРАФИЯ И ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ ПАПИЛЛОСФИНКТЕРОТОМИЯ ПРИ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХЕ

*ГОУ ВПО ИГМУ Росздрава (Иркутск)
ГУЗ «Иркутская городская больница № 1» (Иркутск)*

Цель исследования: определение возможностей эндоскопической ретроградной панкреатохолонгиографии (ЭРПХГ) и эндоскопической папиллосфинктеротомии (ЭПСТ) при механической желтухе.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

У большинства больных исследование проводили по срочным показаниям в первые 2–3 суток пребывания больных в клинике.

ЭРПХГ выполнена у 239 больных. Основным показанием к проведению исследования было подозрение на механическую желтуху. У 183 больных после ЭРПХГ проведена ЭПСТ. Мужчин было 63 (26,4 %), женщин – 176 (73,6 %). По возрасту больные распределились следующим образом: 12 (5,0 %) больных были младше 30 лет, 6 (2,5 %) – в возрасте 31–40 лет, 24 (10,0 %) – 41–50 лет, 47 (19,7 %) больных – 51–60 лет, 53 (22,2 %) больных – 61–70 лет, 66 (27,6 %) больных – 71–80 лет и 31 (13,0 %) больной был старше 80 лет.

Содержание билирубин в плазме крови не было повышено только у 9,2 % больных. У 15,9 % больных уровень билирубина составлял 21–40 ммоль/л, у 22,6 % больных – 41–80, у 17,6 % больных – 81–120, у 21,8 % больных – 121–160, у 8,0 % больных – 161–220 и у 5,0 % больных содержание билирубина превышало 221 ммоль/л.

У большинства больных имелись сопутствующие заболевания, усугубляющие течение механической желтухи: ишемическая болезнь сердца (75), гипертоническая болезнь (68), хроническая сердечная недостаточность (5), инфаркт миокарда (4), язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки (4), сахарный диабет (4) и другие.

У всех больных было проведено УЗИ холедоха; камни в холедохе обнаружены у 15,5 % больных, у 60,7 % больных холедохолитиаз не подтвержден и у 23,8 % больных на основании ультразвукового исследования не удалось достоверно установить наличие или отсутствие конкрементов в холедохе.

ПОЛУЧЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ

При дуоденоскопии диаметр большого дуоденального соска (БДС) обычно не превышал 5 мм. У 198 (82,8 %) больных устье БДС было округлой формы, у 27 (11,3 %) – щелевидной, у 5 (2,3 %) – ворсинчатое, у 4 (1,7 %) – точечной и у 5 (2,2 %) имело другую форму.

У 31 (13,0 %) больного обнаружена нетипичная локализация отверстия БДС. У 12 (5,0 %) из них отверстие соска располагалось в парапапиллярном дивертикуле двенадцатиперстной кишки и у 19 (7,9 %) больных — в крае дивертикула.

Канюляция холедоха в ряде случаев сопряжена с техническими трудностями. У 25 (10,5 %) больных не удалось канюллировать протоки, что чаще имело место при атипичном расположении БДС. У 14 (5,9 %) больных исследование ограничено вирсунгографией.

У 26 (13,0 %) больных по данным ЭРПХГ диаметр холедоха составлял менее 6 мм, у 51 (25,5 %) больного — от 7 до 10 мм, у 69 (34,5 %) больных — 11–15 мм, у 42 (21,0 %) — 16–20 мм, у 8 (4,0 %) — 21–25 мм и у 4 (2,0 %) больных достигал 25–30 мм.

По результатам ЭРПХГ были диагностированы следующие причины желтухи. У 134 (56,1 %) больных обнаружены камни в холедохе, у 47 (19,7 %) больных — микрохоледохолитиаз, у 5 (2,1 %) больных — опухоли холедоха, у двух (0,8 %) больных — аденома БДС и у одного (0,4 %) больного — опухоль поджелудочной железы. У 50 (20,9 %) больных при ЭРПХГ причину желтухи не удалось установить, либо был исключён механический характер желтухи.

Эндоскопическая папиллосфинктеротомия выполнялась как канюляционным, так и неканюляционным способом у 183 (76,6 %) больных. Длина папиллотомного разреза составила у 101 (55,2 %) больного до 10 мм, у 70 (38,2 %) — 11–15 мм и у 12 (6,6 %) — 16–20 мм.

После ЭПСТ конкременты из желчных протоков были извлечены у 84 больных, у 99 больных камней в протоках не было обнаружено. У 56 пациентов камни из холедоха не были извлечены. У 46 из них попытка экстракции камней из холедоха оказалась безуспешной, а у 10 больных камни изначально были оставлены в желчных протоках в надежде на их самоотхождение. Причинами, не позволившими удалить камни из холедоха во время эндоскопии, были большие размеры конкрементов (39) и прочная фиксация камней в желчных протоках (7).

ЭРПХГ и ЭПСТ сопряжены с риском развития осложнений, которые были отмечены у 38 (15,9 %) больных. Кровотечение из папиллотомного разреза возникло у 26 (10,9 %), у 22 больных оно было окончательно остановлено во время дуоденоскопии, а у 4 рецидивировало после окончания исследования. Острый панкреатит развился у 5 (2,1 %) больных, перфорация холедоха допущена у 5 (2,1 %) больных, перфорация двенадцатиперстной кишки у 1 (0,4 %) и папиллит у 1 (0,4 %) больного.

В последующем 102 (42,7 %) больных были оперированы.

ВЫВОДЫ

Наш опыт проведения ЭРПХГ и ЭПСТ подтверждает их высокую информативность и терапевтическую эффективность. ЭРПХГ позволяет в большинстве случаев установить причину желтухи, размеры, количество конкрементов и диаметр холедоха.

При наличии конкрементов в холедохе ЭРПХГ должна завершаться ЭПСТ с извлечением камней из желчных протоков.

При этом необходимо отметить возможность возникновения тяжёлых осложнений при проведении ЭРПХГ и ЭПСТ. Выполнение этих исследований возможно при наличии современного эндоскопического оснащения и адекватного анестезиологического пособия.

М.В. Бубенко, В.В. Доржеев, В.В. Самойлов, А.А. Лаврентьева

ПРОФИЛАКТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ТРОМБОЭМБОЛИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ У БОЛЬНЫХ С ПОЛИТРАВМОЙ

ГОУ ВПО ЧГМА Росздрава (Чита)

МУЗ «Городская клиническая больница №1» (Чита)

Несмотря на определенные достижения в лечении больных с политравмой, летальность среди пострадавших остается высокой. Закономерное последствие данного вида травмы — травматический шок, расстройства микроциркуляции и ДВС-синдром, далее наступает острая дыхательная недостаточность, синдром жировой эмболии и развитие сепсиса на фоне прогрессирующей полиорганной недостаточности.

В течение последних 15 лет в клинике находилось на лечении 1591 больной с сочетанной травмой различной степени тяжести. Возраст колебался от 17 до 91 года. Политравма по локализации была следующей: черепно-мозговая травма являлась доминирующей у 69 % больных, повреждения груди — 37 %, живота — 19 %, таза — 7,9 %, позвоночника — 6 %, повреждение конечностей при этом встречались у 59 % пострадавших. Травма более двух сегментов наблюдалась у 62,6 %, где травма черепа и головного мозга оставалась также доминирующей по тяжести. Летальность составила 26,3 %. Пострадавшие с тя-