

За период с 2011 по 2013 годы в Республиканском кардиологическом диспансере г. Уфы проводилось проспективное исследование, в которое было включено 85 пациентов. Критериями включения в исследование явились: двух- или трехсосудистое поражение коронарных артерий (КА) диаметром более 2 мм с или без поражения ствола левой КА, стенокардия напряжения III-IV функциональных классов, первичный характер поражения КА.

Соответственно вышеперечисленным критериям все прооперированные за 2011 год пациенты были разделены на две группы: 1-я группа – 44 пациента, которым проведено ЧКВ, и 2-я группа – 41 пациент, которому проведена операция коронарного шунтирования.

Все диагностические коронароангиограммы оценивались по шкале SYNTAX Score. Данная шкала позволяет оценить тяжесть поражения с учетом его локализации, степени стеноза, наличия бифуркационных поражений и других факторов), в которой сумма баллов ≤ 10 отражает незначительное, от 11 до 21 балла легкое, от 22 до 32 баллов – промежуточное и ≥ 33 баллов – тяжелое поражение коронарного русла.

Всем участникам проводилась полная реваскуляризация всех поражений со стенозом 50% и более. Пациенты разделены на группы в зависимости от вмешательства, пола, возраста, индекса SYNTAX. После выписки пациенты находились под амбулаторным наблюдением и фиксировались все случаи обращения, в том числе и в связи с ухудшением состояния.

Результаты и обсуждение

Полученные данные не отличались от результатов крупных исследований, что позволило нам выстроить диаграмму Маркова и высчитать наиболее вероятные значения переходов клинических состояний. За марковские состояния взяты «Ремиссия ИБС», «Рецидив стенокардии», «Основные сердечно-сосудистые осложнения», «Смерть». Цикл Маркова составил 1 месяц.

Выводы

Рассчитаны вероятности переходов в различные клинические состояния в группах «ЧКВ – мужчины – незначительное поражение КА», «ЧКВ – мужчины – легкое поражение КА», «АКШ – мужчины – незначительное поражение КА», «АКШ – мужчины – промежуточное поражение КА», «АКШ – мужчины – тяжелое поражение КА».

Сведения об авторах статьи:

Плечев Владимир Вячеславович – д.м.н., профессор, зав. кафедрой госпитальной хирургии ГБОУ ВПО БГМУ Минздрава России. Адрес: 450000, г. Уфа, ул. Ленина, 3. Тел. 8(347)255-39-66.

Бузаев Игорь Вячеславович – к.м.н., зав. отделением РХМДИЛ №1 ГБУЗ РКЦ; ассистент кафедры госпитальной хирургии ГБОУ ВПО БГМУ Минздрава России. Адрес: 450106, г. Уфа, ул. Кувыкина, 96.

Николаева Ирина Евгеньевна – к.м.н., главный врач ГБУЗ РКЦ. Адрес: 450106, г. Уфа, ул. Кувыкина, 96.

Нагаев Ильгиз Амирович – к.м.н., зам. главного врача по хирургии ГБУЗ РКЦ. Адрес: 450106, г. Уфа, ул. Кувыкина, 96.

ЛИТЕРАТУРА

1. Serruys P.W., Morice M.C., Kappetein A.P. et al. Percutaneous Coronary Intervention versus Coronary-Artery Bypass Grafting for Severe Coronary Artery Disease. // N Engl J Med. March 5, 2009;360:961-72
2. Yan T., Paddang R., Poh C. et al. Drug-eluting stents versus coronary artery bypass grafting for the treatment of coronary artery disease: Meta-analysis of randomized and nonrandomized studies // J. Thorac. Cardiovasc. Surg. – 2011. Vol. 141. – N 5. – P. 1134-1144.

УДК 616.3-007.42-089

© В.В. Плечев, Р.З. Латыпов, А.Р. Титов, А.В. Чабин, 2013

В.В. Плечев, Р.З. Латыпов, А.Р. Титов, А.В. Чабин ПАНКРЕАТОБИЛИАРНЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ПРИ ГАСТРОПТОЗЕ ГБОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Уфа

В статье приводится взаимосвязь панкреатобилиарных осложнений, вызванных рефлюксом желчи в желудок при гастроптозе, и данных рентгеноскопии желудка.

Ключевые слова: гастроптоз, хронический панкреатит, хронический холецистит, дуоденальная гипертензия.

V.V. Plechev, R.Z. Latypov, A.R. Titov, A.V. Chabin PANCREATOBILIARY COMPLICATIONS OF GASTROPTOSIS

The article presents the relationship of pancreatobiliary complications caused by reflux of bile into the stomach during gastrop-tosis and the data of x-ray radioscopy of the stomach.

Key words: gastrop-tosis, chronic pancreatitis, chronic cholecystitis, duodenal hypertension.

Одной из причин развития гастроптоза является дуоденальная гипертензия [1]. Гастроптозом страдают преимущественно больные астеничного телосложения, при этом, чем больше дефицит массы тела, тем более выражены жалобы [5].

Нами для диагностики гастроптоза проводилась R-скопия желудка и двенадцатиперстной кишки, при проведении которой мы обращали основное внимание на взаиморасположение малой кривизны желудка, луковицы двенадцатиперстной кишки и дуоденоюнального изгиба [2,3].

За основу брали линию, проведенную через нижнюю стенку луковицы двенадцатиперстной кишки, при этом малая кривизна желудка должна быть выше ее (во время перистальтической волны), а дуоденоюнальный изгиб ниже. При изменении расположения возникает нарушение пассажа пищи по кишечной трубке вначале на изолированном участке, а затем в процесс вовлекается и желудок, и двенадцатиперстная кишка, что в конечном итоге приводит к развитию гастроптоза и дуоденальной гипертензии. У астеничного пациента малая кривизна желудка расположена ниже дуоденоюнального изгиба, что приводит к развитию вначале функциональной, а затем и вторичной дуоденальной гипертензии. Первичную дуоденальную гипертензию мы констатируем в случаях, когда дуоденоюнальный изгиб расположен выше нижней стенки луковицы двенадцатиперстной кишки [4].

Совместное впадение в двенадцатиперстную кишку панкреатического протока и холедоха вызывает общность заболеваний поджелудочной железы, желчевыводящих путей и двенадцатиперстной кишки. В основе

патологии лежит повышение давления в двенадцатиперстной кишке, что является причиной панкреатита и холецистита. Одной из причин повышения давления в ДПК является высокорасположенный дуоденоюнальный изгиб. Достоверным признаком дуоденальной гипертензии считается наличие рефлюкса желчи в желудок.

Нами проведен анализ архивного материала 460 историй болезни больных, пролеченных в 1 хирургическом отделении Клиники БГМУ с диагнозами «острый панкреатит» и «обострение хронического панкреатита» за период с января 2010 по август 2013гг. Среди этих больных рефлюкс желчи отмечен у 246 пациентов, что составляет 53,5% случаев. Из исследования были исключены больные с деструктивным панкреатитом, которым во время пребывания в стационаре были проведены оперативные вмешательства на поджелудочной железе. Таких больных было 43, из них рефлюкс наблюдался у 41 (95,3%) больного.

Анализ 234 историй болезней плановых больных с желчно-каменной болезнью за тот же период, поступивших на оперативное лечение, показал, что рефлюкс желчи у них обнаружен в 15,4 % (36) случаев. У 292 больных, поступивших с диагнозом «острый холецистит» – в 51,7% (151) случаев. Из этих 292 больных у 137 имел место деструктивный холецистит, при этом рефлюкс наблюдался в 75,9% (104) случаев.

Таким образом, дуоденальная гипертензия имеет отчетливую связь с заболеваниями поджелудочной железы и желчевыводящих путей, при этом, чем более выражен процесс, тем чаще встречается дуоденальная гипертензия.

Сведения об авторах статьи:

Плечев Владимир Вячеславович – д.м.н., профессор, зав. кафедрой госпитальной хирургии ГБОУ ВПО БГМУ Минздрава России. Адрес: 450000, г. Уфа, ул. Ленина, 3. Тел./факс 8 (347) 255-93-11.

Латыпов Ринат Закирович – д.м.н., профессор, кафедры госпитальной хирургии ГБОУ ВПО БГМУ Минздрава России. Адрес: 450000, г. Уфа, ул. Ленина, 3. Тел./факс 8 (347) 255-93-11.

Титов Андрей Ремович – к.м.н., зав. хирургическим отделением № 1 Клиники ГБОУ ВПО БГМУ Минздрава России. Адрес: 450083, г. Уфа, ул. Шафиева, 2.

Чабин Алексей Владимирович – врач-хирург СКДЦ КБГМУ, ассистент кафедры хирургических болезней и новых технологий ГБОУ ВПО БГМУ Минздрава России. Адрес: 450000, г. Уфа, ул. Ленина, 3.

ЛИТЕРАТУРА

1. Авдеев, В.Г. Вопросы диагностики и лекарственной терапии функциональных моторно-эвакуаторных расстройств двенадцатиперстной кишки: автореф. дис. ... д-ра мед. наук. – М., 1983. – 46 с.
2. Латыпов Р.З., Плечев В.В. Толстокишечный стаз у больных висцероптозом. – Уфа, 2012. – 168 с.
3. Способ ренггендиagnostики хронического панкреатита //Приоритетная справка № 2002112298/012738 от 16 мая 2002г./ В.В. Плечев, Р.З. Латыпов, А.Р. Титов.
4. Титов, А.Р. Оптимизация методов диагностики и хирургического лечения хронического панкреатита билиарного происхождения: автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Уфа, 2002. – 24 с.
5. Тобохов А.В. Диагностика и хирургическое лечение висцероптоза: автореф. дис. ... д-ра мед. наук. – М., 2003. – 21 с.