

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-

желым травматическим шоком, осложненным острой массивной кровопотерей, смерть которых наступила в первые часы и сутки, составили 31,2 %. Инфекционные осложнения (пневмония, сепсис) встречались у 33,5 % из всех умерших. Неинфекционные осложнения (отек легких, ДВСК-синдром, отек дислокация головного мозга, почечно-печеночная недостаточность) у 31,9 % пострадавших, ТЭЛА — 7,9 %, в основном у лиц пожилого возраста с сопутствующим заболеванием нижних конечностей.

Вопросы профилактики тромбоэмболических осложнений у больных с сочетанной травмой были и остаются актуальными сегодня.

Возникновение нарушений коагуляционного потенциала крови и изменения её реологических свойств, если не определяют, то значительно осложняют лечение больных с политравмой. Основными факторами, способствующими тромбообразованию при политравме, являются: повреждение сосудистой стенки, как связанное с травмой или хирургическим вмешательством, так и обусловленное сопутствующими заболеваниями (варикозная болезнь, ожирение, сахарный диабет и ряд других заболеваний). Не следует забывать, что больные с политравмой, как правило, имеют повреждения многих анатомических областей, а значит они подвержены гиподинамии, приводящей к застою крови в магистральных венах нижних конечностей, однако локализация венозного тромбоза может быть самой разнообразной. С этой целью в последние годы в клинике широко стали проводить оценку коагуляционного потенциала плазмы, определение концентрации фибриногена, протромбиновое время (ПТВ), Д-димера (фибриноген В, этаноловый тест), РФМК (растворимые фибрин-мономерные комплексы). Известно, что вследствие травмы у больных в первые сутки наблюдаются выраженные нарушения в системе гемостаза в сторону гиперкоагуляции (у каждого 4 — 5 больного отмечали увеличение абсолютного числа тромбоцитов, увеличивалось значение фибриногена, протромбиновый индекс, как правило имел тенденцию к увеличению). Возрастало содержание растворимых фибрин-мономерных комплексов.

С целью профилактики данных осложнений с догоспитального этапа следует проводить адекватную инфузионную терапию с обязательным введением таких растворов как липостабил, при необходимости — стероидные гормоны, адекватную иммобилизацию и щадящую транспортировку.

В стационаре пострадавших с политравмой направляли в реанимационное отделение или в операционную, где на фоне проводимой интенсивной терапии уточняли диагноз с выделением доминирующего повреждения для оптимального выбора тактики.

Исследования показали, что для профилактики тромбоэмболических осложнений при политравме, необходимо на фоне активной инфузионной противошоковой терапии обеспечивать стабилизацию переломов, коррекцию нарушений внутрисосудистых условий гемодинамики, которые являются суммарным результатом одновременной деятельности систем коагуляции и фибринолиза.

Принципиально важным является проведение целенаправленной коррекции сдвигов в системе гемостаза в первые 3 — 4 недели посттравматического периода.

В клинике широко применяется среднелегкий гепарин (фраксипарин), особенно у больных с дополнительными факторами риска. Лабораторные исследования показали, что наиболее информативными показателями следует считать Д-димеры (В-нафтоловый, этаноловый тест), активированное частичное тромбопластиновое время, фибриноген, РФМК. Начиная с первых суток, использовали фраксипарин 0,3 мл на 1 кг веса один раз в сутки подкожно в течение 7 — 14 дней, особенно тем больным, у которых прогнозировался длительный постельный режим или оперативные вмешательства. В последующие дни применялись такие препараты, как АСК (курантил, ацетилсалициловая кислота и другие дезагреганты) или варфарин строго индивидуально. Операции по поводу переломов выполнялись с эластической компрессией в до- и послеоперационном периодах. Активная хирургическая тактика, направленная на раннее восстановление функции, создает условия активизации больных и предупреждение осложнений, особенно когда речь идет о сочетанной травме. Своевременное начало полноценной медицинской помощи, как правило, способствовало положительному исходу травматической болезни. Преемственность на всех этапах дает возможность предупредить тромбоэмболические осложнения.

В.П. Будашеев, Г.Ф. Жигаев

ХРОНИЧЕСКИЙ ТИРЕОИДИТ И РАК ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

*Бурятский филиал НЦ РВХ ВСНЦ СО РАМН (Улан-Удэ)
ГОУ ВПО «Бурятский государственный университет» (Улан-Удэ)
Республиканская клиническая больница им Н.А.Семашко (Улан-Удэ)*

Число больных с заболеваниями щитовидной железы увеличивается из года в год. В ее структуре, по данным разных авторов, тиреозит Хашимото составляет от 38 до 70 %, рак щитовидной железы —