

пы по 16 человек в каждой. В группе «S», которую составили 11 мужчин и 5 женщин, средний возраст составил $56 \pm 12,9$ лет, из них с повторным ИМ — 18,75 %, у двоих пациентов при поступлении признаки острой сердечной недостаточности (ОСН). В этой группе ТЛТ выполнена препаратом «Стрептаза», производства РУП «Белмедпрепараты», (в/в инфузия 1,5 млн. ЕД за 30 мин.). Перед введением препарата проводилась превентивная десенсибилизация — преднизолон 60 мг внутривенно. В группе «Р», которую составили 12 мужчин и 4 женщин, средний возраст составил $55,9 \pm 11,2$ лет, все пациенты с первичным ИМ, у 4-х пациентов при поступлении признаки ОСН. В этой группе ТЛТ выполнена препаратом «Пуролаза» производства Российского кардиологического научно-производственного комплекса, (доза 2 млн. ЕД в/в болюсно + 4 млн. ЕД в/в инфузия за 30 мин.).

Эффективность ТЛТ оценивалась по следующим критериям:

- 1) снижение интенсивности болевого синдрома (более 80 % пациентов не были адекватно обезболены на догоспитальном этапе);
- 2) снижение элевации ST в заинтересованных отведениях на 50 % и более;
- 3) образование патологических комплексов «QS» и «Qr» после ТЛТ (у 68,75 % изначально имелись комплексы типа «qR», остальные без патологического зубца «q»);
- 4) наличие реперфузионных нарушений ритма и проводимости;
- 5) динамика нарастания активности КФК и МВ фракции КФК;
- 6) данные ЭхоКГ при выписке.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

У пациентов группы «S»: снижение болевого синдрома и снижение элевации сегмента ST на 50 % отмечены во всех случаях; образование патологических комплексов «QS» и «Qr» у 87,5 %; реперфузионные нарушения ритма у 12,5 %; максимальный титр титра КФК и МВ фракции КФК достигнут в 12 — 24 часа у 68,75 %, в 24 — 48 часов у 31,25 %; фракция выброса на момент выписки в среднем составила — 55 %, отмечен 1 случай образования острой аневризмы. Умер 1 пациент через 2 суток после поступления, причина смерти — рефрактерный кардиогенный шок, летальность составила — 6,25 %.

У пациентов группы «Р»: снижение болевого синдрома и снижение элевации сегмента ST на 50 % отмечены в 93,75 % и 81,25 % соответственно; образование патологических комплексов «QS» и «Qr» во всех случаях; реперфузионные нарушения ритма у 25 %; максимальный титр титра КФК и МВ фракции КФК достигнут в первые 12 — 24 часа у 37,5 %, в 24 — 48 часов у 62,5 %; фракция выброса на момент выписки в среднем составила — 52,3 %, отмечен 1 случай образования острой аневризмы. Умерло 3 пациента в сроки от 1 до 3-х суток после поступления, причина смерти — рефрактерный кардиогенный шок, летальность составила — 18,75 %.

Ни у одного из пациентов не отмечено осложнений геморрагического и аллергического характера.

ВЫВОДЫ

Результаты проведенных исследований показывают большую эффективность ТЛТ с применением препарата «Стрептаза» в сравнении с препаратом «Пуролаза» по всем предложенным критериям, в том числе по осложнениям (нарушения ритма и проводимости). Однако небольшое количество наблюдений не позволяет делать окончательных выводов. Тем не менее, оно показывает необходимость продолжения такого рода исследований. Особенно это важно с точки зрения фармакоэкономики, учитывая стоимость указанных препаратов («Стрептаза» 1,5 млн. ЕД ~ 2,5 — 3 т.р., «Пуролаза» 6 млн. ЕД ~ 20 — 30 т.р.).

Т.В. Хазагаева

УЛЬТРАЗВУКОВАЯ ДИАГНОСТИКА ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА ПО ДАННЫМ ХИРУРГИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ БСМП Г. УЛАН-УДЭ

*МУЗ «Городская клиническая больница скорой медицинской помощи
им. В.В. Ангасова» (Улан-Удэ)*

Ультразвуковая диагностика является доступным и информативным методом обследования для диагностики острого панкреатита и его осложнений. УЗ-картина острого панкреатита разнообразна, и зависит от степени и распространённости воспалительного процесса, от предшествующего состояния поджелудочной железы.

Проведён ретроспективный анализ результатов обследования 250 пациентов, поступивших в хирургическое отделение БСМП с диагнозом острый панкреатит в 2005 — 2006 гг. В данном исследовании результаты УЗИ пациентов с холецистогенным острым панкреатитом не рассматривались.

УЗИ проводилось на ультразвуковом сканере Esaot датчиком 3,5 МГц конвексного типа. Оценивалась структура поджелудочной железы, её размеры, эхогенность, чёткость контура, наличие кист, сво-

бодной жидкости в брюшной полости и сальниковой сумке, плевральных полостях. Кроме того, по истории болезни учитывался уровень билирубина в крови, лейкоцитоз, палочкоядерный сдвиг влево, диастаза мочи, температурная реакция.

Среди пациентов 64 % (160 человек) составляли мужчины и 36 % (90 человек) женщины. По возрастному составу 45,2 % (113 человек) составляют пациенты от 20 до 40 лет, 44 % (110 человек) пациенты 41 – 60 лет и 10,8 % составляют пациенты старше 61 года. На наличие хронического панкреатита в анамнезе указывали 68 % пациентов.

Клинико-лабораторные показатели изучены у 157 пациентов. У 157 (62,8 %) больных отмечалась температурная реакция до 37 – 39° С, у 94 (37,6 %) – гипербилирубинемия с повышением билирубина в крови до 100 ммоль/л, повышение уровня диастазы мочи выявлено у 72 (28,8%), выраженный лейкоцитоз у 49 (19,6 %), палочкоядерный сдвиг влево у 33 (13,2 %) пациентов.

При неосложненной форме острого панкреатита в 82,8 % случаев преобладала повышенная эхогенность ткани с неоднородной структурой и нечеткими контурами. Неоднородность паренхимы была обусловлена чередованием участков пониженной и повышенной эхогенности, которая объясняется наличием предшествующих фиброзных изменений в паренхиме железы. В 40 % (99 пациентов) имеет место увеличение всей поджелудочной железы или её части.

Выраженный отёк поджелудочной железы проявляется значительным снижением эхогенности. Данная ультразвуковая картина характерна для тяжёлого течения острого панкреатита у молодых пациентов на фоне неизменной ткани поджелудочной железы. В данном исследовании такая картина наблюдалась у 24 больных (9,6 %).

При переходе отёчной фазы острого панкреатита в некротическую с развитием геморрагических и жировых некрозов, ультразвуковая диагностика значительно усложняется ввиду развития пареза кишечника, который препятствует получению качественного изображения поджелудочной железы. Проведён анализ историй болезни 7 пациентов с панкреонекрозом, из которых 4 лечились консервативно. Во всех наблюдениях отмечалось значительное увеличение размеров поджелудочной железы, снижение эхогенности паренхимы, размытость контуров за счет инфильтрации парапанкреатической клетчатки. У 5 больных обнаружена свободная жидкость в сальниковой сумке и брюшной полости, в 2-х случаях выявлена жидкость в левой плевральной полости.

При развитии осложнений острого панкреатита в первую очередь диагностируются псевдокисты поджелудочной железы. В нашем исследовании они выявлены у 14 пациентов (5,6 %).

Дополнительно при ультразвуковом исследовании у 38 пациентов (15,2 %) наблюдались диффузные изменения в печени с гепатомегалией. При фиброгастроскопии у 24 пациентов (9,6 %) диагностирован эрозивный гастрит, эрозивный эзофагит у 11 больных (4,4 %), эрозивный бульбит у 7 больных (2,8 %), язва 12-перстной кишки также диагностирована в 7 случаях, варикозное расширение вен пищевода у 3 пациентов (1,2 %).

ВЫВОДЫ

1. При неосложненных формах острого панкреатита ультразвуковая картина характеризуется увеличением размеров поджелудочной железы, неоднородностью структуры тканей, повышенной эхогенностью.
2. Снижение эхогенности ткани железы отмечается у молодых пациентов с тяжелым течением острого панкреатита
3. Ультразвуковая картина панкреонекроза сложна и, в первую очередь, характеризуется сниженной эхогенностью и неоднородностью структуры ткани железы, её увеличением, наличием осложнений в виде ложных кист и полисерозита.
4. Динамическое ультразвуковое исследование поджелудочной железы позволяет оценивать адекватность проводимого лечения.

**В.Е. Хитрихеев, А.П. Перинов, Н.Х. Ханхараев, М.И. Бальхаев,
С.К. Хайрулина, А.В. Тыхеренова**

РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ОЧАГОВЫХ ОБРАЗОВАНИЙ ПЕЧЕНИ

*Бурятский республиканский онкологический диспансер (Улан-Удэ)
Бурятский государственный университет (Улан-Удэ)
Бурятский филиал НЦ РВХ ВСНЦ СО РАМН (Улан-Удэ)*

В настоящее время, несмотря на успехи хирургической гепатологии, остается до конца не решенным ряд актуальных вопросов, касающихся выбора показаний, подходов и методик оперативного вме-