

окружающей среды (СЕСНЕ) (Вашингтон, США), Ассоц. врачей России (Новочеркасск) и Междунар. фонда милосердия и здоровья (Москва) / Под ред. А.К. Демина.– М., 1995.– 134 с.

5. *Останин А.А., Пальцев А.В.* Опыт использования экстракорпоральной иммунотерапии в лечении больных с гнойно-септическими заболеваниями.

6. *Шелестюк П.И. и др.* Перитонит.– Новосибирск, 2000.– 125 с.

7. *American Thoracic Society Guidelines for the management of adults with community-acquired pneumonia. Diagnosis, assessment of severity antimicrobial therapy and prevention // Am. J. Respir. Crit. Care Med.– 2001.– Vol. 163.– P.1730–1754.*

8. *Baughman R. P. et al. // Diag Microbiol Infec Dis.– 1999.– Vol. 33.– P. 131–139).*

9. *Kollef M.H. Prevention of hospital-associated pneumonia and ventilator-associated pneumonia. Crit Care Med 2004; 32 :1396-405.*

10. *Cook D., Mandell L. // Chest.– 2000.– Vol. 117.– P. 195.*

THE EFFICIENCY OF THE USING DISCRETE PLASMO-PHERESIS WITH NOZOKOMIAL PNEUMONIA ON THE BACKGROUND OF ALCOHOLIC INTOXICATION IN PATIENTS WITH DIFFUSE PERITONITIS

A.F. ANTONOV, A.G. KARPENKO, E.M. LOKTIN, A.E. PLYASKIN, S.A. FIRSOV, L.A. SCHPAGINA

Summary

One of the adequate clinical models of inflammatory processes, with the expressed poly-organ insufficiency, serves diffuse peritonitis. In this case the degree of the manifestation of poly-organ defeats with diffuse peritonitis can be modified substantially by any exogenous intoxications, in particular by alcohol. One of the most effective methods of treatment in the complex therapy of nozokomial pneumonia in patients with the alcoholic intoxication with extended peritonitis, is the program of detoxication with the use of therapeutic plasmopheresis.

**Key words:** extended peritonitis, discrete plasmopheresis

УДК 616.367-089.85

ВОЗМОЖНОСТИ ИНТРАОПЕРАЦИОННОЙ ФИБРОХОЛЕДОХОСКОПИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ХОЛЕДОХОЛИТИАЗОМ

А.В. ЗУРНАДЖЬЯНЦ, В.В. ТАРАСЕНКО, В.Е. КУТУКОВ\*

На фоне высокого роста желчнокаменной болезни (ЖКБ) отмечается и увеличение числа больных с холедохолитиазом, осложненного механической желтухой и составляет по данным различных авторов от 14 до 17% [1–2, 4, 9, 12, 14.]. Особую группу составляют больные с рецидивным или резидуальным холедохолитиазом, лечение которых является важнейшей задачей в хирургии, так как он является показанием для повторных и сложных оперативных вмешательств. Важную роль в этом играет качество интраоперационной ревизии желчных путей с применением современных технологий [5, 8, 10–11, 13]. В настоящее время, одним из самых информативных способов ревизии желчных протоков является интраоперационная холедохоскопия. Толчком к достаточно широкому использованию данной методики послужило появление волоконной оптики в виде фиброхоледохоскопов.

В отличие от других способов диагностики холедохоскопия позволяет детально обследовать не только холедох, но и проксимальные отделы гепатобилиарной системы, выявлять внутривнутрипеченочный холелитиаз, оценивать состояние слизистой протоков, выраженность холангита, при необходимости дает возможность взятия биопсии, а также использовать ее не только с диагностической, но и лечебной целью [7]. В нашей клинике интраоперационная холедохоскопия выполнена 139 больным. Распределение больных по возрасту, полу и характеру патологического процесса представлено в табл. Мужчин было 31

(22,4%), женщин – 108 (77,6%). Основную массу больных составили лица старше 60 лет. Показанием к интраоперационной холедохоскопии служили «открытая» операция по поводу механической желтухи или желтуха в анамнезе, когда нельзя было провести эндоскопическую папиллосфинктеротомию, папиллотомию или папиллодилатацию.

После выполненной лапаротомии ориентации в операционной ситуации, анатомических составляющих, как правило, производили холецистэктомию. На достаточном протяжении выделяли холедох. Выполняли супрадуоденальную холедохотомию. Легко удаляемые камни извлекались. Хирург вводит дистальный конец эндоскопа в просвет общего желчного протока, устанавливает его по центру просвета. Все дальнейшие манипуляции по проведению эндоскопа в дистальные и проксимальные отделы желчных путей, проводим под постоянным визуальным контролем. Особенностью данного эндоскопического исследования является необходимость постоянного промывания протоков изотоническим раствором хлорида натрия. На одно исследование расходуется до 1 л жидкости. Жидкость должна вытекать из протока с постоянной аспирацией электроотсосом. Эта методика позволяет избежать развития гипертензии в протоках, что важно при холангите и предотвращает затекание жидкости в протоки поджелудочной железы, способствуя возникновению панкреатита.

Исследующий по мере постепенного проведения эндоскопа осматривает стенки протоков, обращая внимание на состояние слизистой оболочки, вид кровеносных сосудов, форму просвета протока. Особенно тщательно исследуем терминальный отдел и устье общего желчного протока. В ряде случаев удается провести эндоскоп в 12-перстную кишку (ДК). Расширенный терминальный отдел характерен для органического стеноза большого сосочка ДК (БСДК). Осмотр общего желчного протока производится и при извлечении эндоскопа, тем самым производится дополнительный осмотр холедоха и повышается качество исследования. Удаление камней осуществляем под контролем зрения: через эндоскоп в проток проводится катетер типа Фогарти с резиновой манжеткой на конце, заводим его за конкремент, раздуваем манжетку до размера протока и извлекаем его вместе с конкрементом. Но чаще пользуемся складной корзинкой Dormia. Осмотр проксимальных отделов желчевыводящих путей проводим всегда после полной ревизии их дистальных отделов. Конец эндоскопа вводится по направлению к воротам печени, последовательно осматривается общий печеночный проток, место слияния левого и правого печеночных протоков. Удаётся исследовать сегментарные протоки второго – третьего порядка. При осмотре внутривнутрипеченочных протоков не требуется промывание их изотонической жидкостью, поскольку стенки протоков фиксированы к печени и просвет их зияет. Конкременты из протоков извлекаем тем же приемом, что и из общего желчного протока. Мы отказались от холедохолангиоскопии через расширенный пузырный проток, так как угол впадения пузырного протока часто не дает возможности полноценно осмотреть проксимальные отделы желчевыводящих путей. На 139 эндоскопических исследований желчевыводящей системы осложнений не было. Как пример приводим наблюдение.

Больной Т., 47 лет (и.б. №1285) поступил в хирургическое отделение 07.09.98., через месяц с момента заболевания, когда впервые стали беспокоить боли в эпигастральной области продолжительностью 2-3 часа и сопровождающиеся на следующие сутки небольшой иктеричностью склер. За медпомощью практически не обращался. За двое суток до поступления боли усилились, появилась желтуха значительной интенсивности. При поступлении состояние средней степени тяжести. Общий билирубин 156 мкмоль/л. При ультразвуковом исследовании желчный пузырь 8,4 x 5,7 см, с утолщенными стенками и двойным контуром. Холедох 1,2 см, в нем имеется конкремент 1,3 см в диаметре.

Диагноз: ЖКБ, острый калькулезный деструктивный холецистит, камень общего желчного протока, механическая желтуха.

Проведено консервативное лечение и подготовка к операции. 08.09.98.– операция. Желчный пузырь флегмонозно изменен, содержит большое количество гноя. Гепатодуоденальная связка инфильтрирована, пальпаторно в холедохе патологии не определяется, но он расширен до 1,5 см. Холецистэктомия от шейки. Супрадуоденальная холедохотомия. Выделилось под давлением большое количество застойной желчи. Холедохоскопия. В ретродуоденальной части холедоха вклинившийся камень (рис.). Корзинкой Dormia камень удален. Холедохоскоп проведен в просвет ДК. При дополнительном осмотре желчевыводящих путей

\* Астраханская государственная медицинская академия

патологии нет. Операция закончена дренированием холедоха по Керу. Послеоперационный период без особенностей. Выздоровление.

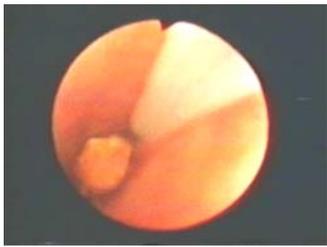


Рис. Вклиненный камень в ретродуоденальной части холедоха

Из 139 исследований в 114 случаях были выявлены конкременты диаметром от 0,2 до 1,5 см произвольной формы (овальные, многогранные, круглые) находящиеся в терминальном отделе холедоха и удалены с помощью корзинки Дормиа. У 5 больных после выполненной холецистэктомии и проведенной интраоперационной холедохоскопии были обнаружены вклиненные конкременты в ампулярной части БСДК, что не позволяло технически провести за них инструмент и произвести их экстракцию в связи с чем, было принято решение о выполнении эндоскопической папиллосфинктеротомии на операционном столе. В 14 случаях просвет холедоха и внутрипеченочные протоки были забиты фибрином и замаскообразной массой, которая была отмыта и удалена. У 2 пациентов выявлена опухолевая стриктура, что подтверждено гистологически. У 7 больных конкременты имелись во внутрипеченочных протоках от 0,4 до 1,5 см в диаметре, которые были удалены корзинкой Дормиа. 17 больным интраоперационная холедохоскопия проводилась для контроля и профилактики «забытых» камней. Обоснованием этого послужило наличие у больных механической желтухи в анамнезе. Отказ от интраоперационной холедохоскопии при механической желтухе в пользу традиционных методов исследования желчных путей может привести к тактическим ошибкам.

Больная У., 36 лет (и. б. № 738) поступила в хирургическое отделение 21.05.06. через 2,5 недели с момента заболевания, с клиникой острого холецистита, камня холедоха, механической желтухи, холангита. Всего ЖКБ пациентка страдает около 2,5 лет. Каждый болевой приступ сопровождался умеренной желтухой. После предоперационной подготовки на следующий день больная оперирована «открытым доступом». Желчный пузырь содержит много камней. Холедох расширен, пальпаторно определяется камень. Холецистэктомия. Супрадуоденальная холедохотомия. Выделяется из холедоха гной и застойная желчь. Выдавливанием удален один камень. Зондом проверена проходимость холедоха. Зонд проходит в ДК. Дренирование холедоха по Керу. Холангиография. Снимок плохо читабелен, но контраст свободно проходит в ДК. После операции состояние больной улучшилось, но на протяжении 20 суток желчь полностью выделялась по дренажу Кера. Каловые массы без стеркобилина. Фистулография. Отчетливо виден камень в ретродуоденальной части холедоха. Папиллосфинктеротомия. Удален камень. Через двое суток отделяемое по дренажу Кера прекратилось. Контрольная холангиография. Камня нет. Пассаж контраста по желчевыводящим путям сохранен. Дренаж удален. Выздоровление.

Данный пример наглядно показывает, что отказ от интраоперационной холедохоскопии в ряде случаев может вести к тяжелым последствиям, требующим повторных вмешательств. Интраоперационная холедохоскопия при правильном выполнении является безопасным и надежным методом диагностики и лечения холедохолитиаза.

#### Литература

1. Агаджанов В.Г., Шулушко А.М. // Мат-лы Всерос. конф. хирургов.– Астрахань, 2006.– С.240.
2. Бебуришвили А.Г. / В кн. 50 лекций по хирургии / Под ред. В.С.Савельева.– М.: Media Medica, 2003.– С.206–216.
3. Брагин Н.С. и др. Первый опыт трансдуоденальной холангиоскопии/ Сб.трудов Международного хирургического конгресса «Новые технологии в хирургии».– Ростов-на-Дону, 2005.– С.195.
4. Гарипов Р.М. и др. // Мат-лы Всерос. конф. хирургов.– Астрахань, 2006.–С.79–80.
5. Дадвани С.А. и др. Желчнокаменная болезнь.– М.: Издательский дом Видар-М, 2000.–144 с.

6. Емельянов С.И. // Анналы гепатол.–1996.–Т.1.– С.115–120.
7. Калинин С.В. и др. // Вестник морской медицины.– 2001.– №2.– С.14.
8. Малаханов С.Н. и др. // Сб. тр. Межд. хир. конгр. «Новые технологии в хирургии».– Ростов-на-Дону, 2005.– С.223.
9. Савельев В.С., Филимонов М.И. / В кн. Рук-во по неотложной хирургии органов брюшной полости.– М.: Триада-Х, 2004.– С.327–365.
10. Саморуков Ю.Н. и др. // Сб. тр. Межд. хир. конгр. «Новые технологии в хирургии».– Ростов-на-Дону, 2005.– С.234.
11. Слесаренко А.С., Федоров В.Э // Мат-лы Всерос. конф. хир.– Астрахань, 2006.–С.276.
12. Столин А.В., Прудков М.И. // Мат-лы Всерос. конф. хир.– Астрахань, 2006.–С.167-168.
13. Таранов И.И. и др. // Сб.тр. Межд. хир. конгр.«Новые технологии в хирургии».– Ростов-на-Дону, 2005.– С.245.
14. Шулушко А.М. / В кн. 50 лекций по хирургии / Под ред. В.С.Савельева.– М.: Media Medica, 2003.–С.198–206.

УДК 616.12-008.331:616.45-001.1

#### ВЛИЯНИЕ СТЕПЕНИ ПОВЫШЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ НА ОСОБЕННОСТИ ВОСПРИЯТИЯ ЖИЗНЕННЫХ СОБЫТИЙ И КОПИНГ-СТРАТЕГИИ У ПАЦИЕНТОВ С ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ

М.М. БУЧИНА\*, Е.И. КОПНИНА\*\*, М.А. ЧЕРНОВА\*\*, А.В. БУЧИНА\*

**Введение.** Гипертоническая болезнь (ГБ) является одним из самых распространенных заболеваний сердечно-сосудистой системы и часто ведет к тяжелым осложнениям, временной и стойкой утрате трудоспособности [4]. Одной из причин нарушения регуляции артериального давления (АД) является длительное и чрезмерное психоэмоциональное напряжение, возникающее в условиях стрессовой ситуации [5]. Недаром ГБ называют «самой человеческой из всех болезней» [1], имея в виду психический компонент реагирования на меняющиеся обстоятельства жизни. Клинические наблюдения говорят о том, что существуют люди как предрасположенные, так и устойчивые к развитию различных нарушений при стрессе. Реакция на психологический стрессор зависит от ряда факторов – общего состояния организма, питания, развития, возраста, пола, психологических особенностей личности, приспособляемости организма и др [3]. Избежать последствий стресса, а параллельно с этим – и стойкого повышения АД, можно либо устранив внешний источник стресса, либо изменив отношение к ситуации.

**Цель исследования** – выявление взаимосвязи между особенностями восприятия жизненных событий (оцениваемых как стрессовые), способами преодоления стрессовых ситуаций (coping styles) и степенью повышения АД у пациентов с ГБ.

**Материалы и методы.** В исследование были включены 20 пациенток с ГБ I стадии средний возраст 45,9±1,3 года (с 1 степенью повышения АД – 53,4 %, со 2 степенью – 26,6 %, с 3 степенью – 20 %) и 20 пациенток с ГБ II стадии средний возраст 49,4±1,5 года (с 1 степенью повышения АД – 33,3 %, со 2 степенью – 33,3 %, с 3 степенью – 33,3 %). Диагноз ГБ и степень повышения АД выставлялись на основании жалоб, анамнеза заболевания, наследственного анамнеза, физикального обследования, инструментальных данных (ЭКГ, ЭхоКГ, СМАД) по классификации ВОЗ – Международного общества гипертензии (1999 г.), дополненной Европейским обществом по гипертензии и Европейским обществом кардиологов (2003 г.). Для оценки уровня психосоциального стресса, складывающегося из суммы жизненных событий, произошедших с пациентом в течение года до госпитализации, каждое из которых оценивается в баллах и изучения копинг-стратегий в работе использованы «Методика диагностики стрессоустойчивости и социальной адаптации Т. Холмса и Р. Праге» и «Варианты копинг-поведения» Е.Heim.

\*414045, Астрахань, ул. Кубанская, 1. НУЗ «МСЧ», тел. (8512) 33-62-35  
\*\*414000, Астрахань, ул. Бакинская, 121, Астраханская госмедакадемия, тел. (8512) 22-72-16