

больных. Повторные хирургические вмешательства при рубцовых стриктурах желчных путей могут быть реконструктивными или восстановительными. Восстановительными являются вмешательства, обеспечивающие естественный пассаж желчи в двенадцатиперстную кишку с сохранением сфинктера Одди; реконструктивные операции направлены на создание анастомозов желчных протоков с различными отделами желудочно-кишечного тракта. К сожалению, выполнение реконструктивных и восстановительных операций, особенно у лиц пожилого возраста, в условиях желтухи и холангита в 22 — 47 % случаев сопровождается осложнениями, а летальность достигает 30 % [2]. Кроме того, повторная операция не всегда приводит к удовлетворительным результатам, а частота рецидивов стриктур составляет 20 — 30 %.

В настоящее время в лечении больных с доброкачественными стенозами желчных протоков все большее значение приобретают неоперативные методы восстановления желчеоттока. Зарубежными клиниками и лечебными учреждениями нашей страны накоплен опыт применения различных способов дилатации и эндопротезирования стриктур гепатикохоледох с использованием чрескожного доступа. Однако эти вмешательства достаточно инвазивны, сопровождаются большим числом осложнений и не позволяют проводить повторные манипуляции в отдаленном периоде и при рецидиве стриктуры, используя тот же доступ. В последнее время за рубежом в лечении рубцовых стриктур гепатикохоледох все чаще применяют эндоскопические методы: ретроградное эндопротезирование и баллонную дилатацию. Однако анализ результатов эндоскопического лечения основан на небольшом числе наблюдений. Так, в исследованиях D.J. Geenen с соавт. [3] и D. Walden с соавт. [6] анализируется опыт лечения 25 пациентов. Кроме того, у авторов нет единого мнения об эффективности баллонной дилатации, продолжительности эндопротезирования и числе протезов, обеспечивающих адекватную дилатацию стриктуры. В отечественной литературе встречаются упоминания единичных случаев эндоскопической коррекции доброкачественных стенозов желчных протоков. Таким образом, данная патология редко лечится эндоскопическим путем, хотя перспективы имеются.

ЛИТЕРАТУРА

1. Лейшнер У. Практическое руководство по заболеваниям желчных путей / У. Лейшнер. — М., 2001. — 259 с.
2. Мачулин Е.Г. Механическая желтуха неопухолевого генеза / Е.Г. Мачулин. — Минск, 2003. — 160 с.
3. Geenen D.J. Endoscopic therapy for benign bile duct strictures / D.J. Geenen, J.E. Geenen, W.J. Hogan // Endoscopy. — 2005. — Vol. 13. — P. 367 — 371.
4. Huibregste K. Endoscopy treatment of postoperative biliary strictures / K. Huibregste, R.M. Katon, G.N.J. Tytgat // Endoscopy. — 2000. — Vol. 18. — P. 133 — 137.
5. Siegel J.H. Endoscopic obstructive jaundice / J.H. Siegel, S.A. Cohen, F.E. Kasmin. — N.-Y., 2001. — P. 42 — 47.
6. Walden D. Long-term follow-up of endoscopic stenting (ES) for benign postoperative bile duct strictures / D. Walden, I. Raijman, E. Fuchs // Endoscopy. — 2003. — P. 335 — 340.

Е.В. Кривигина, Г.Ф. Жигаев, Б.Ц. Бальжинимаев, З.Б. Бальжинимаев

ЯЗВЕННАЯ БОЛЕЗНЬ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ В СОЧЕТАНИИ С ПСИХИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

**ГОУ ВПО «Бурятский Государственный университет» (Улан-Удэ)
Республиканская клиническая больница им. Н.А. Семашко (Улан-Удэ)**

Клиника, диагностика и лечение совместно протекающих заболеваний представляют значительные трудности. Нельзя забывать, что соматические заболевания, в том числе язва желудка и двенадцатиперстной кишки, могут провоцировать психические болезни или сочетаться с ними, осложняясь в период обострения.

Нами целенаправленно исследовано 32 больных, находящихся на стационарном лечении в Республиканской больнице с начала 2000 г. с диагнозом: язвенная болезнь желудка (ЯЖ) и двенадцатиперстной кишки (ДПК), астенический синдром, вегетососудистая дистония. Являясь психосоматическим заболеванием, язвенная болезнь оказывает большое влияние на возникновение и лечение соматических расстройств. Так, у 29 человек заболевание протекало с функциональными нарушениями нервной системы, ярко выраженным астеническим синдромом в сочетании с депрессией, у 3-х больных наблюдалась клиника маниакально-депрессивного синдрома с имеющейся невротоподобной симптоматикой.

Возрастные особенности свидетельствовали о значительных колебаниях в тех или иных группах, причем преобладало женское население с язвенным анамнезом 6 — 10 лет. Возраст пациентов: до 20 лет

— 2 человека; 21 — 30 лет — 7 больных; 31 — 40 лет — 8 больных; 41 — 50 лет — 15 больных. Мужчин было 13, женщин — 19. Язвенный анамнез: до 5 лет — 5 больных; 6 — 10 лет — 17 больных; 10 и более лет — 10 больных.

У всех пациентов имели место симптомы язвенной болезни, обострение которой имело четкую зависимость от сезонности (весенне-осеннее время). Следует заметить, что в клинической картине после очередного приступа болей в эпигастриальной области, правой половине живота нарастали диспептические расстройства (тошнота, отрыжка, рвота), а также наблюдались симптомы интоксикации — слабость, недомогание, утомляемость, тахикардия — у 15 больных. У 18 больных клиника болезни проявлялась дебютным астеническим синдромом. Преобладали повышенная утомляемость, замедление восприятия, эмоциональная лабильность, повышенная ранимость и обидчивость, гиперестезия, нарушение сна, часто — астенические состояния с депрессией, тревогой, навязчивыми страхами, ипохондрическими проявлениями. Основные синдромы у больных ЯЖ и ДПК представлены в таблице 1.

Таблица 1

Основные синдромы ЯЖ и ДПК

Синдромы	Количество	
	Абс.	%
Депрессивный	25	78 %
Астенический	26	81 %
Нарушение сна	24	78 %
Вегетативные нарушения	9	28 %
Абдоминальный болевой	32	100 %
Жесткий абдоминальный синдром	18	56 %
Диспептический	11	34 %
Синестопотические жалобы	17	53 %

Целенаправленно было обследовано 26 больных с предварительной консультацией психиатра, результаты представлены в таблице 2.

Таблица 2

Результаты комплексного обследования

Синдромы	Количество
Язвенная болезнь желудка	8
ЯЖ ДПК	12
ЯБЖ + ЯБДПК	5
Изолированная ХНДП	19
Атрофический гастрит	24
Маниакально-депрессивный синдром + ЯБДПК	3

Анализ историй болезни пациентов показывает важность правильного понимания и трактовки жалоб и состояния больного. Если в начале заболевания (короткий язвенный анамнез) отсутствовала связь между обострениями язвенной болезни и функциональными нарушениями нервной системы, то на последующих этапах течения процесса (увеличение продолжительности язвенного анамнеза, течения болезни) эта связь проявляется четко. И в этом случае психическая симптоматика начинает рассматриваться врачами как первичная соматически обусловленная.

В этот период тяжесть состояния больных в большей степени определялась психическими, аффективными расстройствами (депрессией), а не клиникой язвенной болезни. Так, при прогрессировании соматического заболевания тоскливая депрессия постепенно переходит в приступы тревожно-тоскливого возбуждения с ворчливостью, недовольством окружающих, придирчивостью, требовательностью с присоединением вегетативных расстройств в виде тахикардии, потливости, гиперемии кожных покровов.

У больных с длительным язвенным анамнезом на фоне депрессивного, астенодепрессивного состояния могут возникнуть бредовые состояния в виде бреда отношения, осуждения, материального ущерба. Обычно такие идеи нестойкие с характером бредоподобных сомнений и заметной истощаемостью больных.

Причиной возникновения всего этого является интоксикация желчью (у больных преобладает дуодено-гастральный рефлюкс, высокое внутридуоденальное давление). Рассматривая особенности диагностики язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, следует заметить, что известные диагностические возможности многих методов неравнозначны. Поэтому необходимо их комплексное

применение и точный алгоритм. Именно учет всех особенностей выявленной патологии перед операцией (21 больной) позволил вплотную приблизиться к принципу «каждому больному — своя операция» и тем самым достичь хороших результатов лечения (табл. 3).

Таблица 3

Виды оперативных вмешательств в зависимости от диагноза

Заболевание	Вид оперативного вмешательства	Количество операций
ЯБ желудка	Резекция желудка по Бильрот II	3
ЯБ ДПК	СПВ + РС 2	2
	СПВ + РСТ + ПУО	2
ХНДП	ПАДЕС + ПУО	2
	Дуоденоюностомия «конец в бок»	10
	Двойное отключение ДПК	2

После проведения оперативного лечения в отдаленном послеоперационном периоде (1 — 5 лет) положительный результат отмечается в 91,7 %

Таким образом, особенностью течения картины ЯБ желудка и ДПК является то, что реальная симптоматика — функциональное нарушение нервной системы, депрессия — полностью доминирует над симптомами ХНДП.

У этих больных только при целенаправленном обследовании установлен диагноз дуоденального стаза. Следует отметить недостаточную осведомленность гастроэнтерологов, психиатров о возможности сочетания такого заболевания с психосоматическими проявлениями.

Е.В. Кривигина, О.И. Очиров, Г.Ф. Жигаев, В.А. Козин, В.Ж. Цыренов

ДИСЦИРКУЛЯТОРНАЯ ГИПЕРТОНИЧЕСКАЯ ЭНЦЕФАЛОПАТИЯ

Восточно-Сибирский государственный технологический университет (Улан-Удэ)

Артериальная гипертония является ведущим фактором риска острых и хронических заболеваний сосудов головного мозга, увеличивает опасность возникновения инсультов в 2 — 7 раз [1, 2]. В последние два десятилетия распространенность артериальной гипертензии составляет в США 20 — 25 % популяции, в России — 20 — 30 %.

Наиболее частой причиной гипоксии являются хроническая сосудистая мозговая недостаточность, важными факторами риска которой являются артериальная гипертензия и атеросклероз [3, 4, 6]. В эпидемиологических исследованиях установлена прямая линейная зависимость между артериальным давлением и частотой первичного инсульта. В 3/4 случаев нарушение мозгового кровообращения развивается у лиц с нормальным артериальным давлением [3, 5].

Риск развития хронической дисциркуляторной энцефалопатии (рис. 1) возрастает на 80 % с увеличением диастолического артериального давления (ДАД) на каждые 10 мм. рт. ст.; на фоне гипотензивной терапии количество фатальных и нефатальных инсультов снижается на 35 — 40% при снижении ДАД на 5-8 мм.рт.ст. Чем выше артериальное давление, тем больше риск развития инсульта и наоборот.

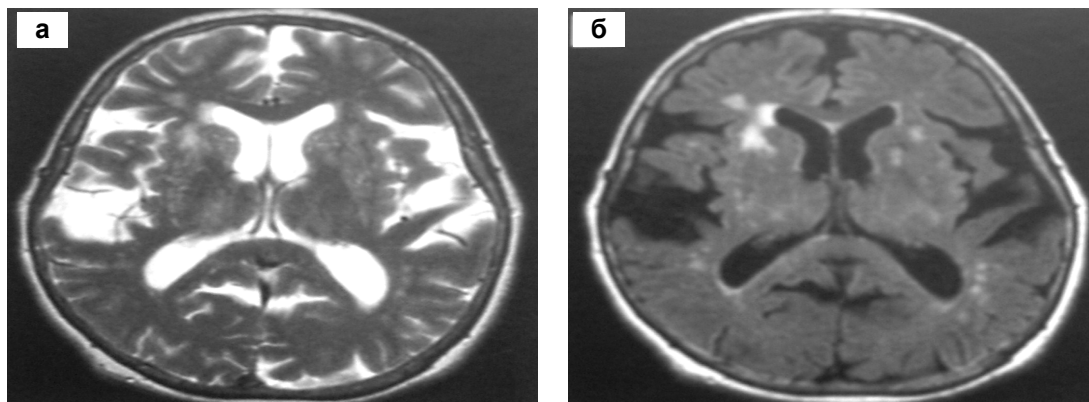


Рис. 1. Дисциркуляторная энцефалопатия с гипертонической болезнью и атеросклерозом сосудов головного мозга. МРТ в режиме T2.