

ЗНАЧЕНИЕ ЭНДОСКОПИИ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ОСТРЫХ ХИРУРГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ

А.И. Брегель, С.Б. Пинский, И.Ю. Олейников, Е.А. Кельчевская.

(Иркутский государственный медицинский университет, ректор – акад. МТА и АН ВШ А.А. Майборода, кафедра общей хирургии, зав. – проф. С.Б. Пинский)

Резюме. Анализируется опыт проведения более 15 тысяч диагностических, лечебных и динамических эндоскопических исследований у 8910 больных с urgentной абдоминальной патологией.

Несмотря на определенные успехи в лечении некоторых острых хирургических заболеваний органов брюшной полости, частота возникновения послеоперационных осложнений и летальность не имеют существенной тенденции к снижению [1-5].

В улучшении результатов лечения больных с неотложной абдоминальной патологией актуальными продолжают оставаться поиски эффективных методов и средств их ранней диагностики и рациональной лечебной тактики.

Материалы и методы

В основу работы положен двадцатилетний опыт проведения 15324 неотложных диагностических, лечебных и динамических эндоскопических исследований у 8910 больных с подозрением на острые хирургические заболевания органов брюшной полости.

Показанием к проведению эндоскопических исследований по неотложным показаниям служили сложность клинической картины заболевания, не позволяющая своевременно установить правильный диагноз, необходимость определить степень выраженности и характер патологического процесса, его динамику при консервативном лечении, возможность проведения лечебной эндоскопии, контроль за течением раннего послеоперационного периода.

У 5356 больных было проведено 10545 неотложных эзофагогастродуоденоскопий (ЭГДС), в том числе у 2894 больных 5189 исследований в динамике. На основании ЭГДС у 831 больного были исключены острые хирургические заболевания органов брюшной полости (ОХЗОБП).

У 3554 больных проведены 4779 неотложных лапароскопий, в том числе у 737 больных выполнены 1225 динамических лапароскопий (ДЛ). У 443 больных при лапароскопии были исключены ОХЗОБП.

Лечебные эндоскопии выполнены у 1968 больных, в том числе у 1021 больного – при ЭГДС и у 947 больного – при лапароскопии. Большинство больных были осмотрены в первые сутки после их поступления в клинику.

Эндоскопические заключения и эффективность эндоскопической терапии верифицированы данными клиники, ультразвукового, рентгенологического и биохимических исследований, оперативных вмешательств.

Результаты и обсуждение

Основными причинами кровотечений по нашим данным продолжают оставаться хронические язвы двенадцатиперстной кишки (26,4%) и желудка (18,8%). Возрастает частота кровотечений из поверхностных поражений слизистой оболочки: при эрозивно-геморрагическом гастродуодените (14,2%), острых язвах (11,0%) и синдроме Маллори-Вейсса (9,5%). Доброкачественные и злокачественные опухоли явились причиной кровотечения у 11,2% больных. Эффективность эндоскопической диагностики причины и локализации источника ОЭГДК у 3162 больных составила 93,3%.

Установлено более частое расположение причины кровотечения в желудке (63,6%), что объясняется преимущественно желудочной локализацией неязвенных источников кровотечения. У 13,2% больных имелись множественные источники геморагии. Поставить или уточнить диагноз у 12,5% больных позволили повторные эндоскопические исследования.

Не отвергая возможность развития осложнений при проведении ЭГДС у больных с перфоративной гастродуоденальной язвой, мы использовали ее при трудностях в диагностике, сомнительных или отрицательных результатах обзорной рентгенографии. Осложнения, связанные с проведением ЭГДС у этих больных, нами не отмечены, а число диагностических ошибок в предоперационном периоде сократилось до 2,8%.

При инородных телах ВОПТ мы разделяем мнение М.П. Королева и соавт. (1999) и считаем оправданной активную эндоскопическую тактику – экстренную ЭГДС.

Анализ неотложных ЭГДС при острых заболеваниях ГПДЗ свидетельствуют о высокой диагностической ценности метода у больных с механической желтухой, особенно при проведении

ЭРПХГ, результаты которой имеют решающее значение в постановке диагноза. При остром панкреатите и холецистите ЭГДС не имеет самостоятельного значения, является дополнительным методом в комплексе современных исследований.

Наш опыт ЭГДС в раннем послеоперационном периоде свидетельствует о ее высоких диагностических возможностях и относительной безопасности, что позволяет рекомендовать ее к более широкому использованию в сложных диагностических ситуациях.

На основании опыта проведения 4779 лапароскопий у 3554 больных с ургентной абдоминальной патологией были определены характер и частота выявляемости эндоскопических симптомов при различных, в том числе относительно редких, заболеваниях.

Эндоскопическая семиотика острого холецистита зависит от характера воспаления желчного пузыря, наличия перфорации его стенки, выраженности и распространенности перитонита, наличия механической желтухи и сопутствующего панкреатита.

При остром панкреатите лапароскопия показана для уточнения диагноза и проведения местного лечения. Наиболее сложна эндоскопическая диагностика отечной формы заболевания, базирующаяся на косвенных признаках. Нами установлено, что плохим прогностическим признаком, свидетельствующим о тяжести течения процесса, является стекловидный отек тканей. Нами отмечено более частое (у 21,3% больных) возникновение смешанной формы панкреонекроза.

У 239 (76,1%) больных при лапароскопии диагностирована механическая желтуха и у 75 (23,9%) – паренхиматозная.

Важное значение имеет лапароскопия у больных со стертой клинической картиной перфорации гастродуоденальных язв. При эндоскопии это заболевание было исключено в 55,7% случаев. И все же, в 7,9% случаев при лапароскопии имели место диагностические ошибки, повлекшие за собой задержку оперативного лечения.

При остром аппендиците клинический диагноз был подтвержден лапароскопией только в 40,7% случаев, острое хирургическое заболевание было исключено – в 20,6% и были обнаружены другие острые хирургические заболевания брюшной полости – в 38,8%. Не была установлена форма заболевания в 23,0% случаев, но были допущены ошибки в определении характера изменения червеобразного отростка – в 8,8%.

Несмотря на опасность проведения эндоскопии при острой кишечной непроходимости (ОКН), лапароскопия позволила диагностировать заболевание у 212 больных и клинический диагноз ОКН при лапароскопии был исключен – у 119. Во время лапароскопии, предпринятой в связи с подозрением на другие острые заболевания, была диагностирована ОКН различного генеза у 90 больных.

Проведение динамической лапароскопии (ДЛ) у 32 больных с острым нарушением мезентериальной проходимости позволило у 10 из них своевременно установить показания к хирургическому лечению в связи с нарастанием ишемии кишечника.

Воспалительные инфильтраты брюшной полости диагностированы у 117 больных, из них они были аппендикулярного происхождения – у 87 (74,4%). Абсцедирование инфильтрата диагностировано у 24 (20,5%) больных.

Синдром “острого живота” в 10-15% случаев обусловлен острой гинекологической патологией, которая была диагностирована у 454 (12,8%) больных.

Лапароскопическая диагностика была успешной при некоторых относительно редко встречающихся острых хирургических заболеваниях органов брюшной полости. У 42 (1,2%) больных было диагностировано внутрибрюшное кровотечение, у 29 (0,8%) – гематомы и кровоизлияния в предбрюшинную клетчатку и забрюшинное пространство, у 5 (0,1%) – расслаивающая аневризма абдоминального отдела аорты, у 28 (0,8%) – болезнь Крона, у 18 (0,5%) – оментит, у 24 (0,7%) – перфорация полых органов. У 51 (1,4%) больного при неотложной лапароскопии были обнаружены различные кисты органов брюшной полости, которые явились причиной синдрома острого живота.

Наиболее простым в выполнении, безопасным и доступным методом эндоскопического гемостаза является орошение источника кровотечения гемостатическими средствами. У 578 больных нами применен разработанный в клинике эндоскопический гемостаз феракрилом. У 472 (81,7%) из них использованы водные и у 106 (18,3%) – спиртовые растворы феракрила. Гемостатическая терапия в сочетании с однократным использованием феракрила позволила в 94,2% случаев добиться временного и у 75,6% – окончательного гемостаза. Применение феракрила оказалось неэффективным в 5,8% случаев.

Рецидив кровотечения после первичного гемостаза возник у 108 из 545 (19,8%) больных. Чаше кровотечение рецидивировало из хронических язв желудка (31,5%), несколько реже – из опухолей (25,0%), острых язв (15,4%), хронических язв двенадцатиперстной кишки (18,3%).

Наш опыт проведения диагностической и лечебной эндоскопии позволяет считать, что экстренная эндоскопия абсолютно показана всем больным с острым кровотечением из пищевода, желудка и 12-перстной кишки. Показанием к проведению эндоскопического гемостаза феракрилом является продолжающееся кровотечение.

Методом выбора при лечении больных с инородными телами верхних отделов пищеварительного тракта является их удаление во время ЭГДС, что было выполнено у 63 больных. Причины неудач при извлечении инородных тел из желудка

были обусловлены наличием остатков пищевых масс, затрудняющих поиск, захват и надежную фиксацию инородных тел.

В раннем послеоперационном периоде показанием к проведению лечебной эндоскопии являются нарушение эвакуации пищи из желудка и его культи и несостоятельность швов в области анастомозов и сформированной малой кривизны культи желудка. Комплексная консервативная терапия с использованием эндоскопического лечения позволила у 99 (90,0%) из 110 больных избежать повторных хирургических вмешательств. Повторно были оперированы – 11 (10,0%) больных.

Консервативное лечение при остром холецистите с использованием лапароскопических методов было проведено 498 больным. Эндоскопическое лечение включало блокаду и канюляцию круглой связки печени (КСП) с пролонгированным введением спазмолитических, антибактериальных и противовоспалительных препаратов, дренирование подпеченочного пространства. У всех 97 больных острым флегмонозным, и гангренозным (6) холециститом, и у 146 из 395 с острым катаральным холециститом эндоскопическое лечение проводилось под контролем динамической лапароскопии. В 75,1% случаев лечение острого холецистита было успешным. Применение лечебной лапароскопии позволило сократить общую летальность при остром холецистите с 2,6 до 1,5%, а послеоперационную летальность – с 6,3 до 3,5%.

Лечебная лапароскопия при остром панкреатите проведена у 374 больных и включала проведение однократных и пролонгированных блокад КСП, дренирование брюшной полости и наложение перитонеального диализа. У 194 больных лечебная эндоскопия проводилась под контролем ДЛ.

Комплексная консервативная терапия отечной формы острого панкреатита является высокоэффективным методом лечения и позволяет у всех больных купировать воспаление в течение 4-6 суток. Консервативное лечение панкреонекроза было эффективным в 91,2% случаев. В связи с прогрессированием перитонита и нарастанием признаков деструкции поджелудочной железы 16 больных были оперированы. Перитонеальный диализ при панкреатогенном перитоните был эффективен у 24 (77,4%) из 31 больного. Использование диагностической, лечебной и динамической лапароскопии в комплексном лечении больных с острым панкреатитом позволило снизить общую летальность с 9,9 до 4,0% и оперативные вмешательства – с 17,3 до 6,8%.

Для повышения эффективности консервативной терапии аппендикулярных инфильтратов нами разработан метод лечения, сочетающий в себе

преимущества пролонгированного местного введения лекарственных веществ с высокими диагностическими возможностями лапароскопии. Эндоскопическое лечение аппендикулярных инфильтратов проведено у 72 больных, в том числе у 39 (54%) – по разработанной нами методике. У 31 (43,1%) больного лечение аппендикулярных инфильтратов проводилось под контролем динамической лапароскопии. Комплексная консервативная терапия была успешной у 58 (80,6%) больных. Абсцедирование инфильтрата при динамической лапароскопии констатировано у 14 (19,4%) больных.

Несмотря на высокую достоверность и относительную безопасность диагностической и лечебной эндоскопии, в ряде случаев имеют место диагностические ошибки и осложнения исследований. Диагностические ошибки при лапароскопии были допущены в 2,8%.

При проведении 4779 экстренных лапароскопических исследований у 3554 больных осложнения возникли в 2,4% случаев. Возникновение осложнений было связано с развитием инфекции в области раневого канала, нарушением техники проведения исследования и наличием заболеваний, повышающих риск возникновения осложнений. Разрыв спаек с массивным внутрибрюшным кровотечением, повлекшим за собой летальный исход имел место у одной больной. Перфорация полых органов иглой для наложения пневмоперитонеума и троакаром была допущена у 9 больных.

Благодаря неотложной ЭГДС у 15,5% больных были исключены острые хирургические заболевания и послеоперационные осложнения. При подозрении на кровотечение у 13,7% больных признаков геморагии во время исследования не было обнаружено. У 79,9% больных, направленных на исследование с подозрением на перфорацию гастроуденальных язв, этот диагноз при ЭГДС был исключен.

При неотложной лапароскопии у 12,5% больных были исключены острые хирургические заболевания органов брюшной полости. Только благодаря эндоскопическому исследованию был установлен правильный диагноз и определена рациональная лечебная тактика в 48,8% случаев среди больных со стертой, нетипичной клинической картиной, направленных на исследование с подозрением на различные острые процессы в животе.

Общая летальность при желудочно-кишечных кровотечениях была снижена с 12,1 до 9,9%, острым холецистите – с 2,6 до 1,5%, острым панкреатите – с 11,3 до 5,1%. Послеоперационная летальность при остром холецистите снизилась с 6,3 до 3,5%, механической желтухе – с 20,2 до 12,5%. Процент оперированных больных острым панкреатитом снизился с 17,3 до 6,8%.

SIGNIFICANCE OF ENDOSCOPY IN DIAGNOSTICS AND TREATMENT OF ACUTE SURGICAL DISEASES OF ORGANS OF ABDOMINAL CAVITY

S.B. Pinsky, A.I. Bregel, I.U. Olejnikov, E.A. Keljchevskaya.

(Irkutsk State Medical University)

Twenty – year experience of conducting more than 15 thousand diagnostic, curative and dynamic endoscopic investigations in 8910 patients with urgent abdominal pathologies has been analyzed.

Литература

1. Буянов В.М., Родоман Г.В., Лаберко Л.А. и др. Программированная санационная видеолaparоскопия при распространенном перитоните // Эндоскопич. хирургия. – 1999. – Т.5. – №1. – С.13-15.
2. Королев М.П., Антипова М.В., Федотов Л.Е. Современная фиброэндоскопия в диагностике и лечебной тактике при инородных телах верхних отделов пищеварительного тракта // Вестн. хирургии. – 1999. – Т.158. – №5. – С.12-15.
3. Луцевич Э.В., Ярема И.В., Бахшалиев Б.Р., Попов Ю.П. Диагностика и лечение желудочно-кишечных кровотечений // Хирургия. – 1991. – №9. – С.55-60.
4. Перминова Г.И., Родоман Г.В., Соколов А.А. и др. Санационная послеоперационная лапароскопия с бактериологическим экспресс-методом в комплексном лечении больных с распространенным перитонитом // Вестн. хирургии. – 1999. – Т.158. – №4. – С.73-76.
5. Руководство по неотложной хирургии органов брюшной полости / Под ред. В.С. Савельева. – М.: Медицина, 1986. – 608с.
6. Schiessel R., Horbst F., Berlakovich G. et al. Notein-griffe bei gastroduodenalem ulcus // Chirurg. – 1990. – Bd.61, №1. – S.16-21.

© НИКОЛАЕВА С.С., СИЗЫХ Т.П., ЛУБСАНОВА Л.Н., ШУМИЛОВ А.Н. –
УДК 616.5-001/-002:615.838

САНАТОРНО-КУРОРТНОЕ ЛЕЧЕНИЕ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА АЗОТНО-КРЕМНИСТОЙ ТЕРМАЛЬНОЙ ВОДОЙ

С.С. Николаева, Т.П. Сизых, Л.Н. Лубсанова, А.Н. Шумилов.

(Иркутский государственный медицинский университет, ректор – акад. МТА и АН ВШ А.А. Майборода, кафедра госпитальной терапии, зав. – чл.-корр. РЭАН, проф. Т.П. Сизых)

Резюме. Представлены результаты научного исследования эффективности санаторно-курортного лечения atopического дерматита азотно-кремнистой термальной водой на курорте «Горячинск». Выявлено, что комплексное воздействие азотно-кремнистой воды и физических факторов приводит к значительному улучшению состояния больных с atopическим дерматитом с невыраженным обострением и в ремиссии заболевания.

Атопический дерматит (АД) – хроническое заболевание, в основе которого лежат IgE-зависимое воспаление кожи и ее гиперреактивность, нарушающие естественную реакцию кожи на внешние и внутренние раздражители.

Атопический дерматит развивается у лиц с генетической предрасположенностью к atopии под действием факторов внешней и внутренней среды.

Типичная клиническая картина atopического дерматита характеризуется зудом кожных покровов, стойкой гиперемией или преходящей эритемой, папулезно-везикулезными высыпаниями, экссудацией, сухостью кожи, шелушением, эксфолиацией, лихенификацией, носящими распространенный или ограниченный характер.

Приобретая хроническое течение, болезнь сохраняет свои клинические признаки на протяжении многих лет [1,3,7,8]. Тяжелые формы АД резко снижают качество жизни больного и всей его семьи, способствуют формированию психосоматических нарушений. У 40-50% детей, страдающих АД, впоследствии развивается бронхиальная астма, поллиноз и/или аллергический ринит.

В развитии АД четко прослеживается наследственная предрасположенность [5,7,15], наряду с которой важную роль в реализации заболевания играют различные аллергены (пищевые, клещевые, пыльцевые, эпидермальные, грибковые, бактериальные) и другие факторы окружающей среды [6-8,13].

АД – самостоятельная нозологическая форма. Термин «атопический дерматит» определяет иммунологическую (аллергическую) концепцию патогенеза заболевания, базирующуюся на понятии atopии как генетически обусловленной способности организма к выработке высокой концентрации общего и специфических IgE-антител в ответ на действие аллергенов окружающей среды [6,14,15]. Заболевания кожи, фенотипически близкие АД, но не имеющие atopической основы патогенеза, не являются АД, относятся к псевдоаллергическим состояниям [7,11].

Основной механизм развития АД – иммунологический. Существует точка зрения о возможности участия в развитии АД и неиммунологических механизмов. Вопрос о неиммунологических фор-