

нять опережающий характер лечебных мероприятий, а в случае необходимости своевременно применить хирургическое вмешательство. Ультразвуковое исследование позволяет с наибольшей точностью оценить состояние поджелудочной железы, распознать гнойно-некротические осложнения заболевания и дать точную топографо-анатомическую характеристику выявленных изменений.

Среди пациентов с острыми хирургическими заболеваниями органов брюшной полости число больных острым панкреатитом составляет от 4 до 9%. Летальность при остром панкреатите, несмотря на применение современных методик консервативного и оперативного лечения, остается очень высокой и при деструктивных формах заболевания достигает 70%.

Результаты лечения больных острым панкреатитом во многом зависят от качества полученной диагностической информации. Сложность исследования поджелудочной железы обусловлена не только ее анатомическим расположением, но и ограниченными возможностями методов не прямой визуализации.

Применение ультразвукового исследования открыло новую страницу в диагностике заболеваний поджелудочной железы, поскольку этот метод впервые дал возможность неинвазивно визуализировать паренхиму железы, оценить состояние ее протоковой системы и перипанкреатических тканей.

Основные сложности проведения ультразвукового исследования при остром панкреатите связаны с пневматозом кишечника, трудностями сканирования при выраженном ожирении, а также значительным субъективизмом в оценке результатов проведенного исследования. Тем не менее это компенсируется улучшением разрешающей способности приборов, а также совершенствованием методов доплеровского исследования, в частности, появлением цветовой доплерографии с высокой чувствительностью к низким скоростям кровотока и энергетической доплерографии.

При проведении УЗИ оценивались следующие параметры: форма органа, размеры, контуры, структура и эхоген-

ность, качество визуализации панкреатического протока и его диаметр, наличие или отсутствие очаговых изменений в железе, состояние сальниковой сумки и окружающих поджелудочную железу тканей, а также наличие или отсутствие жидкости в брюшной полости.

При прогрессировании острого панкреатита в его начальной стадии в подавляющем большинстве случаев было отмечено увеличение в размерах всех отделов поджелудочной железы. В 21,5% было выявлено расширение версунгова протока более 0,4 см, диаметр которого при успешном лечении быстро уменьшался. У всех пациентов с отечной формой острого панкреатита ретро панкреатические сосуды визуализировались достаточно четко, сужения и деформации их хода не определялись.

ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ ПАПИЛОСФИНКТЕРОТОМИЯ КАК МЕТОД МИНИИНВАЗИВНОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА В ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА

А.Н. Меднис, Л.Н. Габараева,
В.С. Хабицев, Д.Р. Басаев, Э.Р. Басаев,
Т.И. Кизинов, З.А. Тотоев, Д.Т. Березова,
С.В. Дворников, В.С. Дворников
*Особый оперативный отдел «Война,
эпидемия, беженцы», Северо-Осетинская
государственная медицинская академия
Владикавказ, Россия*

Острый панкреатит представляет собой асептическое воспаление демаркационного типа, в основе которого лежат некробиоз панкреатацитов и ферментная аутоагрессия с последующим некрозом железы и присоединением вторичной гнойной инфекции.

Среди пациентов с острыми хирургическими заболеваниями органов брюшной полости число больных острым панкреатитом составляет в настоящее время от 4% до 9%. В 45 – 65% случаев острый панкреатит возникает у людей с заболеваниями желчевыводящих путей, более чем 30% случаев заболевания обусловлено употреблением алкоголя.

В настоящее время, как и много десятилетий назад, в широкой хирургической практике в оперативном лечении острого панкреатита приоритетное положение занимают дренирующие вмешательства, направленные на профилактику гнойных осложнений, эвакуацию токсического выпота с высоким содержанием активированных ферментов поджелудочной железы и продуктов её аутолиза. Тем не менее количество возникающих гнойных осложнений панкреонекроза остается значительным.

Четко определить необходимость проведения оперативного вмешательства при остром панкреатите, как правило, не удается. С одной стороны, при развивающихся гнойных осложнениях некротического процесса хирургическое вмешательство является уже запоздалым и во многом утрачивает свою спасательную роль.

С другой стороны, во время вмешательства, в ранние сроки обнаруживают лишь инфильтративные изменения и очаги стерильных некрозов, при которых операция не приносит облегчения, а лишь усугубляет течение заболевания в связи с операционной травмой и возможным инфицированием очагов деструкции.

При клинико-лабораторных и ультразвуковых признаках выраженного воспалительно-деструктивного процесса в поджелудочной железе, а также в случае явных эндоскопических признаков нарушения дренажной функции БДС для декомпрессии протоковой системы выполнялась эндоскопическая папилосфинктеротомия (ЭПСТ). ЭПСТ была выполнена у 97 больных с острым панкреатитом в экстренном, срочном и отсроченном периоде. На наш взгляд, наибольшее клиническое значение имеет длительность нарушения оттока панкреатического секрета.

При неразрешающемся блоке панкреатического протока наблюдаются все этапы развития острого панкреатита: от отека поджелудочной железы до её субтотальных деструктивных изменений. При этом по мере развития обширных деструктивных изменений в органе внешне панкреатобилиарной гипертензии снижается, и на первый план выходят клинические проявления аутолитических процессов.

До настоящего времени сохраняется настороженность практических врачей в отношении проведения ретроградной панкреатохолангиографии в фазе токсемии из-за возможного усиления протоковой гипертензии, что может способствовать углублению деструктивного процесса в поджелудочной железе. Блокада терминального отдела общего желчного протока, вызванная вколоченным конкрементом, безусловно, является абсолютным показанием к экстренной эндоскопической папилосфинктеротомии даже при деструктивном панкреатите.

Считаем необходимым ограничить объем папилосфинктеротомии размерами выступающей в просвет ДПК ампулы БДС, доводя разрез до её основания и включая еще 2 – 3 мм по ходу стенки кишки. Эти ориентиры снижают опасность ретродуоденальной перфорации и кровотечения до минимума и в то же время обеспечивают достаточную разгрузку панкреатобилиарной системы.

Необходимо стремиться максимально уменьшить травматичность вмешательства, проводя разрез достаточной длины при минимальном количестве включений электрокоагулятора, поскольку грубые манипуляции приводят к отеку тканей БДС, деформации его ампулы и нарушению проходимости устья главного панкреатического протока.

Наиболее эффективное папилосфинктеротомия была при ущемленных конкрементах ампулы БДС. В 51 из 62 случаев после рассечения БДС конкременты самостоятельно сместились в просвет ДПК. У остальных больных при попытке извлечь камни они сместились в сторону расширенного общего желчного протока, что потребовало их инструментального удаления.

В 8 наблюдениях ограничились рассечением БДС без удаления камней, рассчитывая на их последующее спонтанное отхождение.

В настоящем исследовании только у 22,7% конкременты в общем желчном протоке были единичными, у остальных больных извлечены в экстренном и срочном порядке 3 и более конкрементов.

Таким образом, дренирующие эндоскопические вмешательства улучшают результаты лечения острого панкреатита, подтверждая тем самым важную роль в развитии заболевания – нарушения оттока секрета поджелудочной железы.

ЭПСТ позволило сократить число необходимых лапароскопий, значительно уменьшить дозу вводимых цитостатиков, сократить сроки лечения больных.

Значительно уменьшилось по сравнению с конкретной группой количество лапаротомий, что связано с эндоскопической декомпрессией и санацией желчевыводящих путей, уменьшением числа гнойных осложнений деструктивного панкреатита.

Из 97 больных острым панкреатитом, которым была выполнена ЭПСТ в сроке от 3 до 8 суток, после вмешательства умерло 6 больных (6,2%).

В 4 случаях имел место субтотальный панкреонекроз с распространением на перипанкреатическую клетчатку и забрюшинное пространство, причиной смерти явилась прогрессирующая полиорганная недостаточность. Еще в 2-х случаях прогрессирующий панкреонекроз сочетался с тяжелой желтухой, и непосредственной причиной смерти послужила печеночно-почечная недостаточность.

В целом ЭПСТ у больных с острым панкреатитом играет важную, а иногда и решающую роль в лечебно-диагностическом комплексе, устраняя один из основных этиологических факторов панкреатита – гипертензию в протоках поджелудочной железы.

Таким образом, применение малоинвазивного эндоскопического вмешательства в лечении острого панкреатита позволяет уменьшить число хирургических вмешательств, выполняемых через лапаротомный доступ. О клинической эффективности адекватного применения эндоскопической декомпрессии протоков системы поджелудочной железы свидетельствует снижение частоты системных и поздних гнойных осложнений острого панкреатита.

КОЛИЧЕСТВЕННАЯ ОЦЕНКА СТРЕССОУСТОЙЧИВОСТИ У СТУДЕНТОК

А.Н. Мингалев, К.В. Дельянов,
Д.В. Пухняк, П.П. Патахов,
В.Г. Абушкевич

*Кафедра нормальной физиологии
и кафедры мобилизационной подготовки
здравоохранения и медицины катастроф
Кубанского государственного
медицинского университета
Краснодар, Россия*

Целью работы явилась оптимизация количественной оценки стрессоустойчивости студенток с использованием динамики параметров сердечно-дыхательного синхронизма.

Наблюдения были выполнены на 30 здоровых студентках Кубанского государственного медицинского университета. В исходном состоянии на приборе для оценки состояния вегетативной нервной системы «ВНС-Микро» по созданной программистом М.М.Шелягом программе (автор идеи В.М. Покровский) автоматически осуществляли регистрацию дыхания и электрокардиограммы, проводили пробу сердечно-дыхательного синхронизма с последующим расчетом параметров сердечно-дыхательного синхронизма. Определение типа личности осуществляли при помощи тест-опросника Г. Айзенка, определяли нейротизм, адаптивные способности. Уровень личностной тревожности определяли при помощи теста Ч.Д. Спилберга и Ю.Л. Ханина. По интернетовской системе On Line проводили психологический тест на стрессоустойчивость. Перед итоговым занятием (стрессорный фактор) исследование, кроме определения типа личности, проводили вновь.

Наблюдения были проведены на студентках в фолликулиновую фазу менструального цикла, так как в этот период они имеют наибольшие функционально-адаптационные возможности. У всех испытуемых при проведении пробы имел место сердечно-дыхательный синхронизм как в исходном состоянии, так и при действии стрессорного фактора. При сравнении параметров сердечно-дыхательного синхронизма, зарегистрированных до и