

По данным профилактического медицинского осмотра путем скрининговых обследований пациентов в возрасте 16-64 лет на БСК в 2012 году было обследовано 7157 пациентов. Из них здоровы – 5536 человек. Из поведенческих факторов риска (ФР) преобладали курение – у 393 пациентов (24,2%), низкая физическая активность – у 111 (6,8%). В меньшей степени БСК было вызвано злоупотреблением алкоголем – у 4 человек (0,25%). Из биологических ФР в большей степени встречалась гипертензия – у 1223 человек (75,4%), гиперлипидемия – у 9 пациентов (0,6%). Наследственность была отягощена в меньшем количестве случаев – у 8 человек (0,49%). Гипергликемия встречалась реже – у 2-х пациентов (в 0,12%).

В 2013 г. было обследовано гораздо больше пациентов – 8482. Из них здоровы – 6390 человек. Из поведенческих ФР преобладали ожирение – у 1872 человек (89,5%), низкая физическая активность – у 495 (23,7%), курение – у 311 пациентов (14,7%). В меньшей степени БСК было вызвано злоупотреблением алкоголем – у 16 человек (0,76%). Из биологических ФР в большей степени встречалась гипертензия – у 930 человек (44,5%), отягощенная наследственность была у 35 пациентов (1,67%). Такие факторы, как гиперлипидемия и гипергликемия не встречались.

В 2014 г. было обследовано меньше пациентов – 6271. Из них здоровы 4742 человек. Из поведенческих ФР преобладали ожирение – у 1766 человек (96,5%), низкая физическая активность – у 87 (4,8%), курение – у 82 пациентов (4,5%). В меньшей степени БСК было вызвано злоупотреблением алкоголем – у 4 человек (0,2%). Из биологических ФР в большей степени встречалась гипертензия – у 294 человек (16%), отягощенная наследственность была у 26 пациентов (1,4%). Такие факторы, как гиперлипидемия и гипергликемия встречались с меньшей частотой (в 1,6 и 0,13% соответственно).

После этого больные были направлены на консервативное медикаментозное лечение в условиях дневного стационара поликлиники. В последующем эти пациенты наблюдались 1 раз в 1 месяц первые 3 месяца, затем 1 раз в 3 месяца.

В структуре БСК преобладала хроническая патология сердечно-сосудистой системы, такая как АГ, ИБС, аритмии сердца, хроническая сердечная недостаточность. ОКС выявлялся больше при обращении пациентов, нежели при проведении скрининга на БСК.

Выводы. Таким образом, отмечается рост выявления БСК с преобладанием пациентов пожилого возраста. У лиц пожилого возраста из модифицируемых факторов риска преобладают курение, повышенная масса тела и артериальная гипертензия, среди немодифицируемых – возраст. Данные ФР являются трудно корригируемыми у лиц пожилого возраста, т.к. влияние этих факторов увеличивается с возрастом.

Результаты данного исследования свидетельствуют, что скрининговые исследования позволяют выявить в основном хроническую патологию сердечно-сосудистой системы на ранних стадиях. В связи с этим четкая организация обследования пациентов с использованием доступного высокоинформативного диагностического оборудования позволит повысить эффективность и качество раннего выявления, лечения и диспансерного наблюдения пациентов с БСК.

Необходимым фактором для успешной реабилитации пациентов с хронической патологией сердечно-сосудистой системы является разработка мер первичной и вторичной профилактики развития БСК. Кроме того, постоянное мониторирование БСК на догоспитальном этапе позволит уменьшить развитие осложнений с улучшением прогноза заболевания.

Список литературы

1. Послание Президента Республики Казахстан Н. Назарбаева народу Казахстана от 17 января 2014 г.
2. Государственная программа развития здравоохранения Республики Казахстан на 2011 – 2015 годы «Саламатты Қазақстан» № 1113 от 29.11.2009 г. – Интернет-ресурс: www.medinfo.kz.
3. Сагындыкова А.Ж. Организация медицинской помощи пожилым – важная задача здравоохранения // CONSILIUM MEDICUM. – 2010. – Т. 27, № 3. – С. 94-95.
4. Погодина А.Б., Газимов А.Х. Основы геронтологии и гериатрии. – Ростов на Дону: Феникс, 2007. – С. 60-65.
5. Приказ МЗ РК № 145 от 16.03.2011. «О внесении изменений в приказ и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 10 ноября 2009 года № 685 «Об утверждении Правил проведения профилактических медицинских осмотров целевых групп населения». – Интернет-ресурс: www.medinfo.kz.

БИЛИАРНОЕ СТЕНТИРОВАНИЕ ПРИ ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ ОБСТРУКЦИИ ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ

Аль канани Э.С., Клочков А.А., Клочкова Д.В.

*Белгородский Государственный Национальный
Исследовательский Университет,
Медицинский Институт,*

*ОГБУЗ «Белгородская областная клиническая больница
Святителя Иоасафа», Белгород, Россия,
e-mail: sensey170187@mail.ru*

Актуальность проблемы

В последние годы в билиарной хирургии все большее значение стало приобретать эндоскопическое транспапиллярное стентирование желчных протоков как основного метода восстановления оттока желчи у больных с крупным холедохолитиазом [1]. Частота стентирования при лечении крупного холедохолитиаза может достигать от 5% до 20%. При этом авторы указывают, что транспапиллярное стентирование является высокоэффективным малотравматичным методом лечения механической желтухи различного генеза [2]. Функция эндопротеза у таких больных заключается не только в восстановлении оттока желчи, но и выполнении «каркасной» функции с предотвращением смещения и «вклинения» камня. С этой целью рекомендуется использовать пластиковые стенты с формой дистального и проксимального сегмента типа pig tail, при этом проксимальный сегмент стента должен располагаться выше камня, а дистальный – в ДПК [3]. Вместе с тем, в литературе обсуждается вопрос об эффективности различных по конфигурации и материалам стентов. Остаются неизученными вопросы эффективности применения нитиноловых сетчатых самораскрывающихся стентов с покрытием или без него у больных с крупным холедохолитиазом и пластиковых стентов [4]. У больных старческого возраста с тяжелейшими сопутствующими заболеваниями стентирование является единственным способом ликвидации желтухи, холангита и восстановления желчеотока [5].

Недостатком внутреннего дренирования при холедохолитиазе и прием литолитических препаратов является невозможность контроля положения стента в желчных протоках и своевременной диагностики его обтурации и миграции [6]. Некоторые авторы отмечают, что утверждения об уменьшении размеров конкрементов при стентировании, встречавшиеся в зарубежной литературе, не нашли своего подтверждения, но проведение эндобилиарного стентирования является оправданным паллиативным методом лечения холедохолитиаза у пациентов преклонного возраста и высокого операционного риска [7]. Эндопротезирование также применяется в комплексном этапном эндоскопическом лечении свежих травм и послеоперационных рубцовых стриктур желчных протоков [8].

Цель работы – определить показания и диапазон применения билиарного эндопротезирования пластиковыми стентами при доброкачественной обструкции желчных протоков по материалам хирургического отделения №1 Белгородской областной клинической больницы «Святителя Иоасафа».

Материал и методы исследования

Общее число больных, находившихся на обследовании и лечении с осложненной желчнокаменной болезнью составило 210 человек, К исследуемой группе больных были отнесены пациенты, распределенные на 4 подгруппы. Практически у всех больных отмечалось сочетание нескольких осложнений желчнокаменной болезни, поэтому анализ результатов лечения и принятую в клинике тактику лечения мы решили рассмотреть с позиции преобладающей патологии с одной стороны и преимущественного способа лечения с другой (табл. 1).

Таблица 1

Характер осложнений ЖКБ по группам

Осложнение ЖКБ	Всего пациентов
Холедохолитиаз	99
ПХЭС	42
Стеноз БСДК	3
с. Миризи	15
Холангит	15
Дивертикул	4
Крупный холедохолитиаз	32

Из общего числа пациентов женщин было чел. (61,9%), мужчин – человек (38,09%). Соотношение женщин и мужчин составило 3:1.

Средний возраст пациентов составил 63,4±15,0 лет. Средний возраст женщин составил 62,4±15,4 лет, мужчин – 66,3±13,4 лет. Различия в среднем возрасте мужчин и женщин статистически значимы (t=3,7; df=1065; p=0,000).

Максимальный возраст пациентов составил 91 год, минимальный – 27 лет. Число пациентов в возрасте 60 лет и старше составило чел. (72,8%). Сопутствующие заболевания наблюдались у (58,5%) пациентов, причем у (35,7%) наблюдалось одно заболевание, у (19,04%) 2 заболевания, у (8,09%) три заболевания, у четырех (5,2%) 4 сопутствующих заболевания.

Общее количество оперативных вмешательств при осложненной ЖКБ составило, что представлено в таблице 2.

ЭТПВ при осложненной ЖКБ в большинстве случаев выполняли в первые сутки от момента поступления больного в хирургическое отделение из-за опасности усугубления течения острого билиарного панкреатита и для ранней декомпрессии билиарного дерева, чтобы не допустить развития или прогрессирования холангита.

Для транспапиллярных вмешательств использовали однопросветные папиллотомы KD-28Q 9, а также торцевые папиллотомы (needle-knife), рабочей частью которого является выдвигающаяся с торцевой части инструмента игла или струна KD-10Q и KD-11Q (Olympus®Согр.). Для проведения катетера доставочно-устройства OASIS через зону билиарной обструкции нами использовались струны-проводники MET-35-480, MET-25-480 (проводник с гидрофильным покрытием и метрической разметкой) (Wilson-Cook®MedicalInc.). Для НБД использовали самостоятельно изготовленные из рентгеноконтрастной полимерной трубки диаметром 5-6 Fr дренажи с 3-4 отверстиями на конце, который оставляется в просвете протока.

Таблица 2

Общая характеристика оперативных вмешательств у больных с осложненной ЖКБ

Операции	Число операций	% операций
ЭРХПГ, ЭПСТ	51	12,08%
ЭРХПГ, ЭПСТ с ЛЭ	14	3,31%
ЭРХПГ, ЭПСТ с НБД	17	4,02%
ЛЭ	56	13,27%
ЛЭ (2 попытки)	12	2,84%
ЛЭ (3 попытки)	2	0,47%
НБД	43	10,18%
ДЛТ	15	3,55%
Стентирование холедоха	180	42,65%
дренирование холедоха по Холстеду	3	0,71%
Атипичная папиллотомия	11	2,6%
дренирование по Керу	5	1,18%
Лапаротомия, ХЭ	5	1,18%
ХЭ+ХЛТ	5	1,18%
ХЭ, ХЛТ, ХДА по Юрашу	1	0,23%
ЧЧМХС	2	0,47%
Всего	422	100,0

Эндопротезирование желчных протоков выполняли с помощью пластиковых стентов. Использовали в основном стенты типа Tannenbaum – TTSO диаметром 8,5, 10 и 11,5 Fr (Wilson-Cook Medical Inc.). Для доставки пластиковых стентов использовали систему доставки стентов OASIS (Wilson-Cook Medical Inc.).

Результаты и обсуждение

ЭТПВ при осложненной ЖКБ в большинстве случаев выполняли в первые сутки от момента поступления больного в хирургическое отделение из-за опасности усугубления течения острого билиарного панкреатита и для ранней декомпрессии билиарного дерева, чтобы не допустить развития или прогрессирования холангита.

Как показали наши исследования, эндобилиарное стентирование при холедохолитиазе обладает определенной спецификой:

1. Уровень обструкции при холедохолитиазе, как правило, многокомпонентный;
2. Блок желчных протоков (конкремент) может смещаться при проведении стента в связи с миграцией конкрементов;
3. Срок активной жизни пациентов данной категории значительно более продолжителен, чем при стентировании пациентов с механической желтухой злокачественного генеза;
4. Преодолевать блок холедоха приходится не от центра ОЖП, так как циркулярные сужения редко возникают при холедохолитиазе, а пристеночно, по периферии, что требует определенного упорства и создает дополнительную лучевую нагрузку на медицинский персонал;
5. Иногда стентирование проводилось несколькими стентами для более плотной их фиксации и обеспечения адекватного желчеоттока.
6. После стентирования назначалась стандартная литолитическая терапия (урсосан 2 капсулы утром, 3 вечером) на 4-6 мес. с повторной попыткой экстракции конкрементов.

С 2008 года при «крупном» и «трудном» холедохолитиазе широко использовалась методика эндобилиарного стентирования. Данное вмешательство в 91,7% случаях оно было эффективным.



Рис. 1. ЭРХГ. Отмечается расширение ОЖПд о 17 мм, в дистальном отделе тень конкремента до 1,5 см (обозначено стрелкой)

Эндоскопическая папиллотомия в чистом виде выполнялась во всех случаях, при этом оценивалось соответствие диаметра конкремента и созданного холедоуденальной соустья для самостоятельного отхождения конкрементов, что контролировалось динамическим УЗИ, выполняемым на следующие сутки после вмешательства. Критериями эффективности эндоскопического вмешательства считали купирование явлений билиарной гипертензии и наличие пневмобилии. Во всех случаях эндоскопическая папиллотомия сочеталась с попытками одновременной литоэкстракции и механической литотрипсии корзиной Дормина.

При «трудном» холедохолитиазе (расположении конкрементов в долевых протоках, средней трети холедоха) приходилось выполнять этапные эндоскопические вмешательства, направленные на устранение явлений желтухи, холангита и подготовки больных к последующим вмешательствам.

Заключение

Как показали наши исследования, в диагностике и чреспапиллярном лечении различных форм осложненной ЖКБ, рекомендуется использовать ЭПСТ, ДУВЛ и другие чреспапиллярные вмешательства, что обеспечивает высокую точность диагностики холедохолитиаза и других осложнений ЖКБ, а так же позволяет выбрать рациональную тактику лечения больных, объем эндоскопических операций и прогнозировать их эффективность. При невозможности выполнения по техническим причинам литоэкстракции и механической литотрипсии у больных с крупными и множественными камнями, высокой степенью операционного риска необходимо использовать комплексное лечение – эндоскопическое стентирование с выполнением в последующем программных литоэкстракций на фоне проводимой литолитической терапии.

Список литературы

1. Стентирование желчных протоков при желчнокаменной болезни / А.С. Балалакин, В.В. Юрченко, В.В. Гвоздик [и др.]: науч. тр. XII всерос. съезда эндоскоп. хирургов, Москва, 18-20 февр. 2009 г. // Эндоскопическая хирургия. – 2009. – Т. 15, № 1. – С. 28.
2. Эндоскопическое стентирование желчевыводящих путей в лечении панкреатобилиарной гипертензии / А.Н. Бухарин, Г.Л. Сачелашвили, А.Д. Тимощин [и др.] // Актуальные проблемы хирургической гепатологии: XVII междунар. конгр. хирургов-гепатологов стран СНГ, Уфа, 15-17 сент. 2010 г.: тез. докл. / РАМН, Ассоц. хирургов-гепатологов России и стран СНГ, Башкир. гос. мед. ун-т Росздрава [и др.]. – Уфа, 2010. – С. 15-16.
3. Эндоскопические технологии в лечении заболеваний органов гепатопанкреатодуоденальной зоны / А.Е. Котовский, К.Г. Глебов, Г.А. Уржумцева [и др.] // Анналы хирургической гепатологии. – 2010. – Т. 15, № 1. – С. 9-18.
4. Use of fully covered self-expanding metal stents for the management of benign biliary conditions / J. Garcia-Cano, L. Taberna-Arana,

C. Jimeno-Ayllón [et al.] // Rev. Esp. Enferm. Dig. – 2010. – Vol. 102, № 9. – P. 526-532.

5. Котовский А.Е. Эндоскопическое транспапиллярное стентирование желчных протоков при холедохолитиазе / А.Е. Котовский, К.Г. Глебов // Анналы хирургической гепатологии. – 2009. – Т. 14, № 1, прил. – С. 12-13. – (Пленум правления ассоц. хирургов-гепатологов стран СНГ, Рязань, 20-21 марта 2009 г.: тез. науч. работ).

6. Временное эндоскопическое стентирование желчных протоков / Ю.Г. Старков, Е.Н. Солодина, К.В. Шишин [и др.] // Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова. – 2007. – № 6. – С. 20-25.

7. Зыков С.А. Тактика эндобилиарного стентирования при холедохолитиазе / С.А. Зыков, В.В. Юрченко, О.И. Хабаров; материалы XIV съезда о-ва эндоскоп. хирургов России, Москва, 16-18 февр. 2011 г. // Альманах института хирургии им. А.В. Вишневского. – 2011. – Т. 6, № 1. – С. 103-104. –

8. Use of fully covered self-expanding metal stents for the management of benign biliary conditions / J. Garcia-Cano, L. Taberna-Arana, C. Jimeno-Ayllón [et al.] // Rev. Esp. Enferm. Dig. – 2010. – Vol. 102, № 9. – P. 526-532.

ИНТЕГРАЦИЯ МИКРОБИОЛОГИИ, ГИГИЕНЫ И ОБЩЕЙ ХИРУРГИИ В ИЗУЧЕНИИ ВОПРОСОВ НА СТЫКЕ ДИСЦИПЛИН

Асадов Г.И., Сейранян А.М.

ГБОУ ВПО Ивановская государственная медицинская академия МЗ РФ, Иваново, Россия,
e-mail: seyranyan-94@mail.ru

Установление логической связи между изучаемыми на микробиологии, гигиене и общей хирургии вопросами позволит студентам лучше понимать материал. Цель: представить интеграцию изучения микробиологии, гигиены и общей хирургии. Дизайн исследования: нами был проведен анализ вопросов к занятиям по выше представленным дисциплинам, протоколов, и обучающих экспериментальных работ. В результате проведенной учебно-исследовательской работы была выявлена интеграция микробиологии, гигиены и общей хирургии на примере таких занятий как: «Микробы и внешняя среда» и «Антагонизм микробов и антибиотиков» по микробиологии; «УФ-недостаточность и ее профилактика», «Гигиена воды и водоснабжения населенных мест» по гигиене; «Асептика и антисептика» по общей хирургии. Важно подчеркнуть, что вопросы действия физических и химических факторов на бактерии разбираются в общей медицинской микробиологии, что дает базу для изучения конкретных вопросов гигиены и общей хирургии. Так, действие УФ-излучения на бактерии в начале разбиралось на занятии «Микробы и внешняя среда» по микробиологии, затем в доказательство бактерицидного действия УФ лучей на занятии по гигиене был проведен опыт по облучению чашек Петри с культурами бактерий. В последующем на занятии по общей хирургии было представлено использование УФ-излучения для обеззараживания воздуха в операционных. На этом же занятии по микробиологии «Микробы и внешняя среда», когда изучалась микрофлора окружающей среды и методы выявления бактерий, были проведены опыты по определению общего микробного числа воды и почвы, что явилось основой для изучения темы «Вода и водоснабжение населенных мест» на гигиене, где были проведены опыты по определению коли-титра и коли-индекса воды и почвы. На микробиологии по теме «Антагонизм микробов и антибиотиков» были разобраны механизмы и проведены опыты по изучению действия асептиков и антибиотиков на бактерии, а также методы стерилизации в медицине, что явилось основой для изучения темы «Асептика и антисептика» на общей хирургии. Вывод: интеграция изучения микробиологии, гигиены и общей хирургии позволяет студентам лучше понимать материал при выполнении обучающих экспериментальных работ, с последующим применением на практике.