

Таким образом, полученные результаты позволяют сделать следующие **выводы**:

1. Дети, страдающие хроническим гастродуоденитом, в 75% случаев имеют нарушения углеводного обмена в виде лактазной недостаточности, что диктует необходимость перевода этих пациентов на безмолочную диету.

2. При проведении лактозотолерантного теста наиболее информативными временными интервалами являются 30-я и 60-я минуты забора периферической крови у детей.

Литература

1. Балдаев, А.А. Распространенность фенов дисплазии соединительной ткани у детей / А.А. Балдаев, Е.В. Шниткова // Вестник Ивановской медицинской академии. – 2009. – Т.14. – №4. – С. 60-65.
2. Нечаева, Г.И. Дисплазия соединительной ткани: основные клинические синдромы, формулировка диагноза, лечение / Г.И. Нечаева [и др.] // Лечащий врач. – 2008. – № 2. – С. 22-28.
3. Милковска-Дмитрова Т. Врожденная соединительнотканная малостойкость у децата. София: Медицина и физкультура; 1987; 189.

УДК 616.366-003.7-089

СОВРЕМЕННЫЕ ТЕНДЕНЦИИ В ЛЕЧЕНИИ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ

Колешко С.В., Полынский А.А., Дешук А.Н.

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

Желчнокаменная болезнь (ЖКБ) в настоящее время относится как к хирургической, так и к терапевтической патологии. Каждый 10-й житель планеты испытывает страдания от ЖКБ. За последние годы увеличилось количество пациентов с ЖКБ и нет тенденции к ее снижению [1, 3, 6]. Заболеваемость ЖКБ, по разным источникам, в Республике Беларусь составляет

15-21%, в Российской Федерации – 18-20%, в Европе, США – 20-30% [2, 3, 6]. Это связано с улучшением методов диагностики, изменением характера питания, увеличением нервно-психических нагрузок. Благодаря внедрению новых современных технологий в лечение ЖКБ, летальность от этого заболевания снизилась до 1–2% [5, 6].

Цель работы: улучшить результаты лечения пациентов с ЖКБ.

Материал и методы. В клинике общей хирургии УО «Гродненский государственный медицинский университет», расположенной на базе УЗ «Городская клиническая больница № 4 г. Гродно» с января 2010 г. по сентябрь 2012 г. по поводу ЖКБ находились на стационарном лечении 1349 пациентов. Возраст больных составлял от 18 до 96 лет. Мужчин было 281, женщин 1068. Операции, выполненные пациентам с ЖКБ, представлены в таблице.

Таблица – Количество пациентов с ЖКБ и выполненные операции

	2010	2011	9 мес. 2012
ЖКБ	446	498	405
Оперировано (всего ЖКБ)	412 (92,4%)	459 (92,2%)	374 (92,3%)
Холецистэктомии при ОКХ	34 (8,3%)	30 (6,5%)	31 (8,3%)
Холецистэктомии при ХКХ	299 (72,6%)	353 (76,9%)	266 (71,1%)
Открытая ХЭ	13 (3,2%)	11 (2,4%)	12 (3,2%)
Лапароскопическая ХЭ	320 (77,7%)	372 (81,0%)	285 (76,2%)
Пункция под УЗ-наведением	79 (19,2%)	76 (16,6%)	77 (20,6%)

Необходимо отметить, что количество пациентов с острым калькулезным холециститом (ОКХ) за последнее десятилетие значительно уменьшилось, что объясняется увеличением плановых операций по поводу хронического калькулезного холецистита (ХКХ).

Результаты. Основным методом лечения ЖКБ является хирургический: лапароскопическая или открытая холецистэктомия (ХЭ). Операцией выбора является

лапароскопическая холецистэктомия (ЛХЭ). При ОКХ лечебные мероприятия должны начаться с консервативной терапии, что позволяет купировать острые явления в 32,3% случаев, и оперировать пациентов в отсроченном порядке, не выписывая их из стационара. У 64,4% пациентов с острым холециститом ЛХЭ легко выполняема, у 16,0% пациентов при ЛХЭ встречаются технические трудности, которые преодолимы при наличии достаточного опыта оперирующих хирургов. При выраженных инфильтративных изменениях желчного пузыря и окружающих тканей с плохой дифференцировкой тканей, что встречалось у 3,6% пациентов, показан переход на операцию с лапаротомного доступа.

При отсутствии положительной динамики от консервативного лечения ОКХ в течение первых 2-3 дней следует прибегать к одному из малоинвазивных декомпрессивных вмешательств на желчном пузыре. Предпочтение отдается микрохолецистостомии по методу Роуэра, выполняемой под УЗ-контролем. Альтернативой ей может быть ранняя (в 1-2-е сутки) одномоментная пункция желчного пузыря под УЗ-наведением. Декомпрессия желчного пузыря одним из описанных методов позволяет в большинстве случаев купировать острые явления и оперировать пациентов через 3-4 недели в плановом порядке.

Какова же роль терапевтического звена в лечении ЖКБ?

Важной задачей лечения пациентов с ЖКБ является терапевтическая подготовка к плановой операции, а также их медикаментозная реабилитация в послеоперационном периоде. Известно, что ключевое значение в патогенезе ЖКБ имеет нарушение механизмов энтерогепатической циркуляции (ЭГЦ) холестерина и желчных кислот. Причиной нарушения ЭГЦ являются: 1) нарушение реологии желчи (перенасыщение ее холестерином с усилением его нуклеации и образованием кристаллов); 2) нарушение оттока желчи, связанное с изменением моторики и проходимости желчного пузыря, тонкой кишки, сфинктера Одди, сфинктеров общего панкреатического и желчного протоков, сочетающееся с изменением перистальтики кишечной стенки; 3) нарушение кишечного микробиоценоза, так как при изменении состава и уменьшении количества желчи в просвете кишечника происходит изменение бактерицидности

дуоденального содержимого с избыточным размножением бактерий в подвздошной кишке с последующей ранней деконъюгацией желчных кислот и формированием дуоденальной гипертензии; 4) расстройство пищеварения и всасывания, так как на фоне дуоденальной гипертензии и повышения внутрипросветного давления в протоках происходит повреждение поджелудочной железы, с уменьшением оттока панкреатической липазы, что нарушает механизмы эмульгации жиров и активации цепи панкреатических ферментов, создавая предпосылки для билиарного панкреатита [3, 5, 6].

В связи с наличием механизмов, нарушающих нормальное желчеотделение и пищеварение до и после хирургического вмешательства по поводу ЖКБ, должна проводиться терапия современными полиферментными препаратами и спазмолитиками с эукинетическим эффектом. С этой же целью показано дополнительное назначение средств, корригирующих состояние кишечного микробиоценоза.

Основные направления, способствующие улучшению процессов ЭГЦ и подавлению механизма камнеобразования:

1. Воздействие на факторы риска и факторы рецидивирования заболевания – отмена или коррекция дозы литогенных препаратов (эстрогенов, цефалоспоринов третьего поколения, препаратов, влияющих на липидный спектр, соматостатина и др.), соблюдение режима работы и отдыха, нормализация массы тела, лечебное питание, лечение билиарного сладжа, коррекцию гормонального фона [1, 3, 4, 5, 6].

2. Улучшение реологических свойств желчи. На сегодняшний день единственным фармакологическим средством, обладающим доказанным воздействием на реологию желчи, является урсодезоксихолиевая кислота [1].

3. Нормализация моторики желчного пузыря, тонкой кишки и восстановление проходимости сфинктера Одди, а также сфинктеров общего панкреатического и желчного протоков. Дюспаталин (мебеверин) – спазмолитик с нормализующим воздействием на тонус сфинктера Одди, обладающий тропностью к гладкой мускулатуре протоков поджелудочной железы и кишечника. Он устраняет функциональный дуоденостаз, гиперперистальтику, не вызывая при этом гипотонии и не

действуя на холинергическую систему [1, 4, 6]. Часто используемые неселективные спазмолитики (но-шпа, папаверин) являются препаратами с низкой тропностью к желчевыводящей системе и протокам поджелудочной железы, кроме того, отсутствует селективное действие на сфинктер Одди, имеют место нежелательные эффекты, обусловленные воздействием на гладкую мускулатуру сосудов, мочевыделительной системы, желудочно-кишечного тракта [1, 3]. Спазмолитическим действием также обладают холинолитики (бускопан, платифиллин). Однако эффективность их сравнительно низка, а широкий спектр побочных действий (сухость во рту, задержка мочеиспускания, тахикардия, нарушение аккомодации и т. д.) ограничивают их применение у данной категории пациентов [1].

4. Восстановление нормального состава кишечной микрофлоры. Адекватным требованием является назначение антибиотиков в случаях обострения холецистита, а также при сопутствующих нарушениях кишечного микробиоценоза. Используются производные 8-оксихинолина (ципрофлоксацин), создающие вторичную концентрацию в желчевыводящих путях, имипенем, цефуроксим, цефотаксим, ампиокс, фторхинолоны в комбинации с метронидазолом. Ограничением для применения цефтриаксона является образование билиарного сладжа при его приеме. Как правило, у всех больных ЖКБ, сочетающейся с хроническим панкреатитом, выявляются различной степени выраженности нарушения кишечного микробиоценоза, существенно влияющие на течение заболевания, темпы регрессии болевого абдоминального и диспептического синдромов [1, 3, 6]. В клинических исследованиях доказано наличие у Дюфалака выраженных пребиотических свойств, реализующихся за счет бактериальной ферментации дисахаридов и усиленного роста бифидо- и лактобактерий, а также физиологического слабительного эффекта [1, 3].

5. Нормализация процессов пищеварения и всасывания с восстановлением функционирования поджелудочной железы. Для этой цели применяются ферментные препараты с высоким содержанием липазы, устойчивые к действию соляной кислоты, пепсина, с оптимумом действия при pH 5–7, типа Креон 10000–25000 ЕД [1, 3, 6].

К сожалению, на сегодняшний день преемственность в ведении пациентов с ЖКБ отсутствует. Как правило, эти больные попадают в хирургические стационары без предварительного обследования и медикаментозной подготовки, что значительно увеличивает риск как операционных, так и послеоперационных осложнений, формирование так называемого постхолецистэктомического синдрома [2, 4, 6]. В особенности это касается пациентов, имеющих клиническую симптоматику до оперативного лечения. Диспансерное наблюдение за больными, перенесшими холецистэктомию, должно проводиться не менее 12 месяцев, направленное на профилактику и своевременную диагностику рецидивов ЖКБ и сопутствующих заболеваний органов панкреато-гепатодуоденальной системы. Диспансерное наблюдение должно включать регулярные осмотры терапевтом с полугодовым контролем лабораторных показателей (АЛТ, АСТ, билирубин, ЩФ, амилаза, липаза), УЗИ органов брюшной полости, по показаниям – ФГДС, МРТ.

Выводы

1. Своевременная и адекватная предоперационная подготовка с использованием антибактериальных препаратов, миотропных спазмолитиков и панкреатических ферментов позволяет выполнить оперативное вмешательство в наиболее благоприятных условиях, что улучшает результаты оперативного лечения.

2. Должны соблюдаться принципы преемственности в ведении больного между гастроэнтерологом (терапевтом) и хирургом.

3. Важное значение имеет также послеоперационная реабилитация, направленная на нормализацию послеоперационных нарушений моторики, устранение дисфункции сфинктера Одди, восполнение относительного дефицита панкреатических ферментов, профилактику постхолецистэктомического синдрома.

Литература

1. Болезни печени и желчевыводящих путей: Руководство для врачей / Под ред. В.Т. Ивашкина. – М.: ООО «Издательский дом М-Вести», 2002. – 416 с.

2. Бурков, С.Г. О последствиях холецистэктомии или постхолецистэктомическом синдроме // Consilium medicum, гастроэнтерология. 2004. Т. 6, № 2, с. 24–27.
3. Бурков С.Г., Гребенев А.Л. Желчнокаменная болезнь (эпидемиология, патогенез, клиника) // Руководство по гастроэнтерологии. В трех томах. Под общей редакцией Ф.И.Комарова и А.Л.Гребенева. Т. 2. Болезни печени и билиарной системы. М.: Медицина, 1995, с. 417–441.
4. Григорьев П.Я., Яковенко А.В. Клиническая гастроэнтерология. М.: Медицинское информационное агентство, 2001. 693 с.
5. Ермолов, А.С. Острый холецистит: современные методы лечения // Лечащий врач / А.С. Ермолов, А.А. Гуляев. – 2005. – № 2. – с. 16-18.
6. Маев, И.В. Желчнокаменная болезнь / И.В. Маев.- М.: ГОУ ВУНМЦ МЗ И СР РФ, 2006.- 60 с.

УДК 616.36-004:616.329-005.1-084-085:615.225

ПРИМЕНЕНИЕ ПРЕПАРАТА ДЕТРАЛЕКС ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ И ПРОФИЛАКТИКИ КРОВОТЕЧЕНИЯ ИЗ ВАРИКОЗНО РАСШИРЕННЫХ ВЕН ПИЩЕВОДА У ПАЦИЕНТОВ С ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ

Колодзейский Я.А., Якубчик Т.Н.

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

УЗ «ГКБ №2 г. Гродно»

Введение. Цирроз печени (ЦП) представляет в настоящее время медицинскую и социальную проблему высокой значимости. Большая распространенность обуславливает необходимость изучения различных аспектов предотвращения развития его тяжелых осложнений, поиска новых методов лечения и профилактики. По данным ВОЗ, летальность от ЦП занимает 8-е место и составляет в разных странах от 14 до 30 на 100 тыс. населения. В США ЦП занимает четвертое место среди