

димое лечение позволило повысить зрительные функции у 29 пациентов, улучшить поле зрения у 25 пациентов.

Выводы. При оптических невритах нужно тщательно обследовать неврологический статус, так как он часто является моносимптомом рассеянного склероза. Наличие сопутствующей фокальной инфекции требует обследования больных в этом отношении и принятия мер по санации. Высоким остается процент невритов неустановленной этиологии, что препятствует проведению этиологически ориентированной терапии.

Литература:

1. Гусева М.Р. Диагностика и патогенетическая терапия увеитов : Автореф. дис. докт. мед. наук. – М., 1996. – 63с.

К ВОПРОСУ О ВОЗМОЖНОСТИ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА В ПЕРИОД ОБОСТРЕНИЯ ЛЕГКОЙ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ

Прокопьев В.С.

Кировская государственная медицинская академия, Россия

Научный руководитель – д.м.н., профессор Бахтин В.А.

Цель исследования. Показать возможность выполнения дренирующих операций на поджелудочной железе в период обострения хронического панкреатита (ХП) без риска возникновения тяжелых осложнений.

Материал и методы. В исследование включено 60 больных калькулезным ХП, мужчин 59, женщина 1, в возрасте от 32 до 60 лет (средний возраст $49,3 \pm 5,33$ лет), оперированных в клинике кафедры госпитальной хирургии в 2006–2009 гг. Больные были разделены на 2 группы, основную и контрольную, по 30 человек. По полу и возрасту пациенты обеих групп были сопоставимы. Основная группа включала 30 больных ХП в период обострения легкой степени тяжести, контрольная группа 30 пациентов с ХП вне обострения. При поступлении всем пациентам проводилось лабораторное обследование в объеме клинического минимума, дополненное инструментальным (УЗИ и КТ органов брюшной полости, ФГДС) и расширенным лабораторным обследованием (панкреатическая амилаза крови и мочи, ЛДГ, СРБ с 3 дневным интервалом). У пациентов основной группы при поступлении выявлен высокий уровень панкреатической амилазы крови (среднее $1233 \pm 166,3$ ммоль/л) и мочи ($4633 \pm 325,3$ ммоль/л), у больных контрольной группы эти показатели были в пределах нормы. Больным основной группы с момента поступления в стационар проводилась адекватная антисекреторная, спазмолитическая, комбинированная антибактериальная, инфузионная и анальгетическая консервативная терапия в течение 7 суток. Ввиду неэффективности проводимой консервативной терапии больные основной группы оперированы. Перед операцией средние показатели в основной группе составили: панкреатической амилазы крови $713 \pm 48,3$ ммоль/л, панкреатической амилазы мочи 2353 ± 135 ммоль/л. Всем больным была выполнена продольная панкреатоеюностомия по Пестов-Гилсби. Интраоперационно проводилась медикаментозная профилактика послеоперационного панкреонекроза (октреотид 100 мкг п/к и апротекс 50000 Ед в/в). В раннем послеоперационном периоде все пациенты получали идентичную для обеих групп антисекреторную, комбинированную антибактериальную, антикоагулянтную, инфузионную и анальгетическую консервативную терапию. Каждые 2 суток выполнялся контроль уровня панкреатической амилазы крови и мочи, ЛДГ, СРБ. На 7 сутки всем пациентам проводилось контрольное УЗИ органов брюшной полости. В послеоперационном периоде по результатам контрольных исследований, проведенных с интервалом в 2 суток, показатели панкреатической амилазы крови и мочи прогрессивно снижались, и к 7 суткам после операции приходили в обеих группах в норму, статистически достоверных различий не выявлено. Ранних и поздних осложнений оперативного лечения в основной и контрольной группах не отмечено. Отдаленные результаты оперативного лечения в обеих группах в сроки 1 и 3 месяца были сопоставимы.

Выводы. Радикальные дренирующие операции на поджелудочной железе в период обострения легкой степени тяжести выполнимы и могут быть рекомендованы как оптимальный метод разрешения некупируемой панкреатической гипертензии. Течение послеоперационного периода у пациентов с ХП, оперированных в период обострения легкой степени тяжести, количество ранних и поздних осложнений не превышает аналогичных показателей у пациентов, оперированных вне обострения ХП.

ТРУДНОСТИ В ДИАГНОСТИКЕ ОСЛОЖНЕНИЙ ЯЗВ ЖЕЛУДКА И 12-ПЕРСТНОЙ КИШКИ

Протас Е.И., Клименкова И.Н., Минко Т.Г.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра хирургических болезней №2 с курсом урологии

Научный руководитель – д.м.н., профессор Климович И.И.

Язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки осложняется приблизительно у 11–16% больных.

Цель работы: изучить осложнения и трудности в диагностике язв желудка и 12-перстной кишки (12-ПК).

Материал и методы. Нами проанализированы осложнения язв желудка и 12-ПК у 233 больных, лечившихся (1999–2008гг) в больнице скорой медицинской помощи г. Гродно. Прободная язва желудка была у 62 (26,6%) больных, язва 12-ПК у 142 (60,9%). Средний возраст больных составил 39,7 года. Мужчин было 181 (77,6%), женщин – 23 (9,9%), у 43% пациентов прободение произошло в апреле-мае. Атипичная перфорация наблюдалась в 78 (33,5%) случаях, у всех этих пациентов клиническая симптоматика была стертой и нетипичной, в результате чего все больные были доставлены с другими диагнозами (желчнокаменная болезнь, почечная колика, острый панкреатит, острый холецистопанкреатит, острый аппендицит, острая спаечная кишечная непроходимость, гастроэнтерит). У 11(5,2%) человек произошло двухфазное прободение, имевшее типичную клинику прободения полого органа. У 17 (8,2%) пациентов наблюдались «немые» язвы. Эту группу больных составили пациенты мужского пола, средний возраст которых был равен 19,5 годам. Язва, осложнённая кровотечением, имела место у 13 (4,2%). Перфорация сочеталась с профузным кровотечением у 4 (2,1%) пациентов. Язва, осложненная декомпенсированным стенозом выходного отдела желудка, у 5 (2,5%). Стеноз и прободение наблюдались у 3 (1,35%) пациентов, а стеноз и кровотечение – у 3 (1,0%) больных с язвой луковицы 12-ПК, которая пенетрировала в головку поджелудочной железы. Из 233 пациентов в хирургическом отделении первоначальный правильный диагноз был установлен сразу в первые часы поступления у 201 (86,2%), а у 32 (13,7%) после динамического наблюдения, проведения дополнительных исследований (ФГДС, обзорная рентгенография брюшной полости и контрастная рентгенография желудка и 12-ПК, лапароскопия).

Выводы.

1. Наиболее трудным для диагностики осложнением язвенной болезни желудка и 12-ПК является их атипичная перфорация, особенно при сочетании с другой острой хирургической патологией живота.

2. Самым частым осложнением язвенной болезни желудка является перфорация, а кровотечением чаще осложняются язвы 12-перстной кишки.

3. Наиболее информативным методом диагностики осложнений язвенной болезни желудка и 12-ПК является фиброгастродуоденоскопия.

Литература:

1. Климович В.В. Хирургия язвенной болезни желудка / В.В.Климович, А.В.Воробей // Минск: ПОЛИПРИНТ.–2006.– 199с.