

забор сока из протоков поджелудочной железы у 62 больных с последующим цитологическим исследованием. При этом, опухолевые клетки обнаружены в 21 (33,9%) случаев.

В результате анализа рентгенограмм, выделены следующие клинические формы рака поджелудочной железы:

1. Рак головки - 64 (73,5%)
2. Рак тела - 12 (13,8%)
3. Рак хвоста - 5 (5,8%)
4. Тотальное - у 6 (6,9%) пациентов.

На ретроградных рентгенограммах были выделены четыре основных вида изменений:

1. Блокада главного панкреатического протока;

2. Стенозирование протока, сочетающееся с патологическим супрастенотическим расширением;
3. Неровность контуров и сужение протока;
4. Аномальное строение ветвей панкреатического протока.

Заключение: Ретроградная холангиопанкреатография с аспирационной биопсией является высокоинформативным диагностическим методом, позволяющим установить точную локализацию, протяженность опухоли при раке поджелудочной железы, а во многих случаях путем взятия аспирата из панкреатического протока верифицировать диагноз.

Псевдомембранозный колит: клиника и эндоскопическая диагностика

*Байжанов С.Ш., Меньшикова И.Л., Байжанов А.С., Турбекова М.Н., Кулыбекова Г.Е.
Алматинский государственный институт усовершенствования врачей*

Неблагоприятные последствия необоснованного или нерационального применения антибиотиков известны давно. В этой связи большую тревогу вызывает неосведомленность населения и (что особенно опасно) многих практических врачей о высоком риске неоправданного и бессистемного использования мощных современных антибактериальных средств.

Понятие антибиотик-ассоциированного колита включает все колиты, возникающие после назначения антибактериальной терапии и вплоть до 4-х недель после отмены антибиотика, в тех случаях когда не выявлено иных причин. Наиболее часто *C. difficile* - ассоциированный колит развивается после применения клиндамицина или линкомицина (до 6% от общего числа лечившихся), полусинтетических пенициллинов (5 - 9% от всех получавших), цефалоспоринов с широким спектром антибактериального воздействия.

Наиболее значимой в хирургической клинике формой *C. difficile* - ассоциированного колита является псевдомембранозный колит (ПМК). Летальность при развитии ПМК составляет более 30%. Описаны случаи развития токсического мегаколона и некротической перфорации толстой кишки. У более чем 95% пациентов с ПМК в фекалиях обнаруживается энтеротоксин *C. difficile*.

Заболевание ПМК, в большинстве случаев, начинается остро, характеризуется сильными болями в животе, подъемом температуры до 40°C, жидким стулом с примесью слизи, гноя, крови иногда до 15 - 20 раз за сутки. Клиническая картина может варьировать от диареи без явных признаков системной воспалительной реакции до развития резкого эндотоксикоза с признаками системной воспалительной реакции, увеличением числа лейкоцитов в

периферической крови до $50 \times 10^9/\text{мл}$. В этом случае иногда в диагнозах фигурирует обозначение "кишечный сепсис". Обозначение такое некорректно, своего рода - профессиональный вульгаризм, поскольку для диагноза сепсиса обязательным условием является выявление устойчивой бактериемии при наличии клинических признаков системной воспалительной реакции.

Основным методом диагностики ПМК является колоноскопия. Патологические изменения локализуются преимущественно в дистальном отделе толстой кишки, и для их выявления достаточно провести сигмоидоскопию, однако у одной трети больных патологические изменения локализуются только в проксимальной части толстой кишки; в этом случае требуется проведение колоноскопии. Тонкий кишечник также может вовлекаться в патологический процесс, однако данный факт выявляется только на аутопсии. При сигмоидоскопии и колоноскопии отмечают диффузную гиперемию и отечность слизистой кишечника с утолщением стенки кишки, хотя в стенке кишки выявляется незначительная воспалительная реакция, а в подслизистом слое — скопление лимфоцитов. На поверхности обнаруживают характерные фибриновые бляшки желтовато-белого цвета в диаметре от 2 мм до 2 см и более, покрывающие язвы слизистой кишечника (5,6,8,9). Эти бляшки могут сливаться, образуя псевдомембранозные поля. Псевдомембраны обнаруживаются между прямой кишкой и левым изгибом ободочной кишки, но может поражаться и поперечная ободочная кишка. Гистологическое исследование показывает, что бляшки состоят из фибрина, муцина, слущенных эпителиальных клеток, разрушенных лейкоцитов и микробной флоры толстого кишечника.

Чрескожная чреспеченочная холецистостомия у больных с механической желтухой

Байжанов С.Ш., Байжанов А.С., Меньшикова И.Л.

Алматинский государственный институт усовершенствования врачей

В Центральной городской клинической больнице г. Алматы за период с 2006 по апрель 2009 г.г. было проведено 36 чрескожных чреспеченочных санаций желчного пузыря. Все операции производились в условиях операционной с соблюдением правил асептики и антисептики. Выбор безопасной траектории и постоянный визуальный контроль проведения иглы и дренажа осуществлялся с помощью ультразвукового аппарата (Алока) с линейным пункционным датчиком.

Показаниями к проведению чрескожных чреспеченочных холецистостомий (ЧЧПХ) были: острый холецистит, во-

дняка желчного пузыря, эмпиема желчного пузыря, у лиц с отягощенным анамнезом, пожилого и старческого возраста, анестезиологический риск у которых был крайне высок, а также – механическая желтуха и желчная гипертензия при опухолях поджелудочной железы и БДС.

Методика проведения:

На фоне проводимого антибактериального лечения под местной анестезией и под контролем ультразвукового аппарата иглой-катетером Chiba чреспеченочным доступом по передней аксиллярной линии, в области верхней трети тела пузыря, производится пункция желчного пузыря.