

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.

Затем через катетер проводится металлический проводник, который сворачивается не менее, чем на 360 градусов для стабильности положения дренажа во время дальнейших процедур. В просвет пузыря по проводнику вводится дренаж достаточной длины. Металлический проводник удаляется, вся желчь из просвета пузыря аспирируется, проводится ультразвуковой контроль на введение 15-20 мл новокаина или фурациллина – на мониторе виден эффект кавитации – пузыри. Дренаж фиксируется к коже.

Если пункция произведена через дно пузыря или внепеченочно, это в дальнейшем ведет к выпадению катетера и истечению содержимого в брюшную полость. Дальнейшее лечение осуществляют промыванием просвета желчного пузыря растворами антибиотиков или антисептиков под контролем ультразвукового аппарата.

Из 36 пациентов пункция удалась с первого раза у 33, время процедуры занимало в среднем 20-30 минут. У 3 пациентов пункция удалась на второй попытке. У 17 пациентов с механической желтухой чрескожная чреспеченочная холецистостомия позволила временно разрешить желтуху, улучшить их состояние и провести радикальную операцию. В 7 случаях выполнена радикальная эндоскопическая па-

пиллосфинктеротомия (ЭПСТ) с ревизией и устранением причин механической желтухи, в 9 случаях – открытые оперативные вмешательства. У 8 пациентов пожилого возраста при ультразвуковом исследовании выявлено сочетание расширенного общего желчного протока и увеличение размеров желчного пузыря, что свидетельствовало о проходимости пузырного протока и давало возможность проведения ЧЧПХ для дренирования и холецистохолангиографии для выяснения причин механического блока. При проведении ЧЧПХ возможны осложнения: кровотечение из места пункции, перфорация стенки желчного пузыря, кровотечение в просвет желчного пузыря, желчеистечение. Из проведенных 36 малоинвазивных холецистостомий мы получили осложнение в 1 случае – дислокация и выпадение дренажа из желчного пузыря на 3-и сутки с развитием местного перитонита. Осложнение было вовремя диагностировано и выполнена полостная операция.

Считаем, что данная методика, позволяет путем несложного миниинвазивного вмешательства ликвидировать желтуху, улучшить общее состояние больного и подготовить пациента к радикальной операции.

## Колоноскопия в дифференциальной диагностике неспецифического язвенного колита и болезни Крона

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

Одним из решающих методов в дифференциальной диагностике НЯК и БК является колоноскопия с биопсией. Обязательным условием, необходимым для проведения тотальной колоноскопии является хорошая подготовка толстого кишечника. Наиболее оптимальная схема – применение раствора Макроголя 4000 с этой целью. Как видно из таблицы, характер изменений слизистой оболочки толстой кишки является основным отличительным критерием данных заболеваний на раннем этапе их развития.

Эндоскопические дифференциально-диагностические признаки НЯК и БК )

| Эндоскопический признак         | Неспецифический язвенный колит        | Болезнь Крона                          |
|---------------------------------|---------------------------------------|--|
| Просвет кишки                   | Не деформирован/слегка сужен          | Сужен                                  |
| Гаустрация                      | Складки сохранены, несколько сплажены | Складки уплощены                       |
| Цвет слизистой оболочки         | Разл. оттенки красного                | Бледная, желтоватая                    |
| Поверхность слиз. оболочки      | Зернистая                             | Гладкая                                |
| Микроабсцессы                   | Есть                                  | Нет                                    |
| Характер изъязвлений            | Эрозии неправ. формы, сливающиеся     | Афты на больш. расст. друг от друга    |
| Контактная кровоточивость       | Есть                                  | Нет                                    |
| Сосудистый рисунок              | Отсутствует                           | Сохранен, обеднен, видны крупн. стволы |
| Наложения на слизистой оболочке | Гнойно-кровянистая слизь              | Светлая слизь                          |

| Поражение глуб. слоев | Нет | Есть всегда |
|-----------------------|-----|-------------|
|                       |     |             |

Анализируя данные, представленные в таблице, следует отметить, что оценка вида и глубины язвенных дефектов в большинстве случаев позволяет поставить правильный диагноз. Однако при тяжелых формах заболеваний установление эндоскопического диагноза может быть крайне затруднено из-за синдрома "перехлеста" макроскопических признаков. В таких случаях огромную роль играют данные морфологического исследования. Патогномичный морфологический признак БК - гранулёмы саркоидного типа. Только прицельная биопсия, выполненная при эндоскопическом исследовании, может подтвердить диагноз. Следует помнить, что при болезни Крона патологический процесс вначале возникает в подслизистом слое, поэтому необходимо включать участок данного слоя в биопсийный материал.

Таким образом, ведущее место в дифференциальной диагностике данных заболеваний занимают «визуальные» инструментальные методы. Которые дают возможность не только поставить диагноз на основании эндоскопических данных, но и визуально установить протяженность поражения и оценить степень активности воспаления в слизистой оболочке толстой кишки, получить биопсийный материал для гистологического исследования. В свою очередь для повышения диагностической значимости и эффективности колоноскопии необходима адекватная подготовка толстой кишки, более широкое внедрение анестезиологического пособия при проведении осмотра, повышение квалификации специалистов по безопасному проведению исследования, повышение информированности населения по данной методике обследования.