

но и количество жалоб от населения.

В общесоматической сети развернуто всего лишь 7 кабинетов, из них в г. Казани — 4, при ЦРБ — 1, в других городах — 2. В г. Казани открыты 4 психотерапевтических кабинета (при поликлиниках города). В городской психоневрологической больнице введена должность врача-психотерапевта. При поликлинике № 2 Вахитовского района организован кабинет социально-психологической помощи. При Республиканской психиатрической больнице функционирует стационарное отделение для пограничных расстройств на 80 коек. В 1988 г. совместно с соматической сетью были запланированы к открытию 7 психотерапевтических кабинетов в гг. Казани, Набережных Челнах, Нижнекамске, однако этот план не выполняется. В настоящее время из числа развернутых психотерапевтических кабинетов на базе поликлиник и больниц нет ни одного кабинета психотерапии, который хотя бы в минимальной степени соответствовал требованиям и условиям работы согласно приказу МЗ СССР. Что касается перспективы развития психотерапевтической службы в организационном плане, то на первом месте должен стоять вопрос о развертывании психотерапевтических кабинетов при соматической сети в полном объеме. Вместе

с этим необходимо идти по пути создания «центра пограничных состояний» с диспансерным и стационарным отделениями, клинико-диагностическими отделами и психотерапевтическими кабинетами соматической сети. Психотерапевты должны иметь опыт работы в области психиатрии, наркологии и сексуальных расстройств. Однако по-прежнему острой остается проблема, связанная с подготовкой кадров врачей-психотерапевтов.

Мало вовлекаются в психотерапевтический процесс медицинские психологи, которые должны участвовать в нем как социотерапевты и проводить диагностическую работу.

Психотерапия находит все возрастающее применение в общей медицине. Поскольку психотерапевтическое лечение специфично, оно стало точкой пересечения ряда областей знаний: медицины, психологии, социологии, педагогики и др. Эта междисциплинарность особенно ярко проявляется в связи со все большим распространением групповой психотерапии. Фактически в настоящее время можно констатировать тот факт, что психотерапия превратилась в самостоятельную клиническую дисциплину и, следовательно, нуждается в соответствующем развитии своих организационных форм.

Поступила 10.01.89.

## ПРАКТИЧЕСКАЯ И ТЕОРЕТИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА

УДК 616.37+616.361]-073.48

### УЛЬТРАЗВУКОВОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ПАНКРЕАТОБИЛИАРНОЙ СИСТЕМЫ

*И. А. Салихов, В. В. Федоров, Д. М. Красильников, С. Я. Кнубовец,  
О. Ю. Карпунин, Н. Г. Закирова, А. М. Абдуллина*

*Кафедра хирургии и онкологии (зав.— проф. И. А. Салихов) Казанского ордена Трудового Красного Знамени медицинского института имени С. В. Курашова, Республиканская клиническая больница (главврач — С. В. Абуладзе) МЗ ТАССР*

Среди новых неинвазивных и высокоинформативных методов исследований патологии печени, внепеченочных желчных протоков и поджелудочной железы наибольшее распространение в настоящее время имеет ультразвуковое исследование (УЗИ). За последние годы опубликовано много работ, свидетельствующих о больших диагностических возможностях УЗИ при холелитиазе [3—5], также при хирургических заболеваниях поджелудочной железы [1, 2].

Целью настоящей работы была оценка диагностической ценности данного метода у больных с патологией панкреатобилиарной системы на основании анализа результатов УЗИ.

За последние 1,5 года в экстренном и плановом порядке было произведено 558 ультразвуковых исследований у больных, находившихся на лечении в 1 и 2-м хирургических от-

делениях Республиканской клинической больницы. Мужчин было 117 (21,0%), женщин — 441 (79%). Средний возраст пациентов — 51,5 лет.

УЗИ осуществляли с помощью аппарата SAL-35A фирмы «Toshiba» (Япония). Достоверность ультразвуковых исследований верифицирована во время операции при макро- и микроскопическом исследовании материала у 293 (52,5%) больных, а также путем сопоставления с результатами лабораторных и инструментальных методов исследования у 265 (47,5%) больных, леченных консервативно. По поводу острого и хронического холецистита было прооперировано 216 больных, при этом данные УЗИ подтвердились у 195 пациентов, то есть достоверность УЗИ при холецистите составила 90,3%. По поводу острого холецистита было оперировано 74 пациента, расхождение диагнозов наблюдалось у

9 (12,2%) больных, по поводу хронического — 142, расхождение диагнозов имело место у 12 (8,4%) пациентов. Таким образом, ошибки в ультразвуковой диагностике чаще наблюдались у экстренных больных. Это объясняется тем, что УЗИ неотложных больных отличается большей сложностью, так как заполненность кишечника, наличие метеоризма снижают точность эхографической диагностики. Поэтому мы придаем важное значение повторным УЗИ у экстренных больных после предварительной подготовки кишечника.

Из 21 ошибочного заключения, сделанного при УЗИ больных с острым и хроническим холециститом, гипердиагностика имела место у 11 пациентов — камней в желчном пузыре во время операции у них не обнаружено, гиподиагностика — у 4. У 6 больных наряду с холециститом при УЗИ ошибочно диагностированы камни холедоха, не выявленные при тщательной ревизии протоковой системы во время операции. Вероятно, причиной такой ошибки явился перихоледохоальный лимфаденит.

Из 27 пациентов, прооперированных по поводу холецистохоледохолитиаза, лишь у 7 диагноз с помощью УЗИ был поставлен до операции правильно. У 15 пациентов при аналогичной диагностике был обнаружен только холецистолитиаз, а у 5 — первичное УЗИ вообще не выявило конкрементов в желчном пузыре и холедохе. Таким образом, наиболее затруднительна диагностика холедохолитиаза, и отрицательные данные УЗИ не являются основанием для прекращения поисков камней протоковой системы. В то же время у 11 пациентов с холедохолитиазом предоперационное УЗИ установило наличие данной патологии во всех случаях, хотя у 3 из них наряду с холедохолитиазом ошибочно предполагался холецистолитиаз. Наибольшая точность УЗИ у больных этой группы по сравнению с предыдущей, возможно, связана с тем, что большинство пациентов ранее перенесли холецистэктомия, а наличие желтухи предусматривало более тщательное исследование холедоха в поисках резидуального камня.

Нами прооперировано 8 больных со стриктурой холедоха, и ни в одном из случаев УЗИ не дало достоверных оснований заподозрить эту патологию. Чаще (у 6 пациентов) ситуация трактовалась как холедохолитиаз.

Острый панкреатит по данным УЗИ был выявлен у 42 больных, оперировано — 13, лапароскопический диагноз подтвержден у 27 больных. У 2 пациентов острый панкреатит не подтвердился.

Диагноз хронического панкреатита как самостоятельного заболевания при УЗИ был поставлен у 75 больных, а как осложнения холецистита — у 230, причем из 140 больных операционным обследованием панкреатит был подтвержден лишь у 72 (51,4%).

Гепатит и цирроз печени как самостоятельные заболевания при УЗИ заподозрены у

47 больных, как сопутствующие холециститу — у 202. Из 152 пациентов этой группы интраоперационно диагноз был верифицирован только у 53 (34,9%).

Столь большое расхождение в диагностике хронических панкреатитов, циррозов печени и хронических гепатитов мы склонны объяснять отсутствием гистологических исследований во время операции. Информация о состоянии органов, получаемая интраоперационно, базировалась в основном на визуальном и пальпаторном исследованиях. Необходимо учитывать способность УЗИ выявлять интраорганные морфологические изменения в печени и поджелудочной железе. Таким образом, включение в диагностическую программу УЗИ больных хроническим панкреатитом и гепатитом позволяет быстро провести дифференциальную диагностику и своевременно прибегнуть к патогенетическому лечению. Дооперационное же выявление признаков гепатита и хронического панкреатита у больных с желчнокаменной болезнью должно насторожить хирурга и явиться достаточно весомым показанием для проведения более ранней операции.

Высокая достоверность УЗИ отмечена у больных с опухолевыми и кистозными поражениями печени, кистами поджелудочной железы. Так, рак печени и ее метастатические поражения заподозрены до операции у 14 больных. Во всех случаях диагноз был подтвержден интраоперационно (6) или лапароскопически (8). Кисты печени (4) и поджелудочной железы (5), выявленные УЗИ до операции, также были верифицированы во время хирургического вмешательства у всех больных.

Дифференциальная диагностика желтух — одна из сложных и важных проблем неотложной гепатологии. Своевременное установление органического субстрата в генезе этого осложнения позволяет хирургу принять правильное тактическое решение. УЗИ было проведено у 54 больных желтухой, причем печеночная форма заболевания была установлена у 3 пациентов, что верифицировано интраоперационно (1), а также при сопоставлении клинических данных с результатами биохимических исследований (2). У 51 пациента во время операции выявлено механическое происхождение желтухи. Причиной желтухи у 31 больного по данным УЗИ была желчнокаменная болезнь, но операция подтвердила это предположение только у 25 пациентов. Рак поджелудочной железы был предположен у 2 больных желтухой, но на операции данное заболевание было диагностировано у 8 пациентов. Хронический панкреатит как причина желтухи был заподозрен до операции у 6 больных, рак ворот печени — у 4, что было в дальнейшем верифицировано операцией. Стриктура холедоха, как было показано выше, не была заподозрена при УЗИ ни у одного из 8 пациентов.

Следует отметить, что при обнаружении дилатации протоковой системы ультрасонография весьма достоверно выявляет механическую природу желтухи, хотя судить о ее причине только по данным УЗИ затруднительно. Следовательно, диагностика механической желтухи остается трудной задачей, для разрешения которой подчас необходимо комплексное клинично-инструментальное (эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография, чрескожно-чреспеченочная холангиография) и лабораторное исследование.

#### ВЫВОДЫ

1. В экстренной хирургии панкреатобилиарной системы УЗИ позволяет быстро решать сложные вопросы диагностики холелитиаза, острого панкреатита, достоверно выявлять механическую природу желтухи.

2. УЗИ обладает высокой разрешающей способностью при хронических холецисти-

тах, панкреатитах и гепатитах, а также при опухолевых и кистозных поражениях печени, кистах поджелудочной железы.

3. Диагностика причин механической желтухи по данным УЗИ затруднительны и требуют комплексного клинично-инструментального исследования.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Данилов М. В., Тодуа Ф. И., Гордеев В. Ф. и др. // Хирургия.— 1985.— № 8.— С. 26—30.
2. Даценко Б. М., Ибишов Ш. Ф., Тамм Т. И., Аламгир Кабир // Клини. хир.— 1987.— № 9.— С. 43—44.
3. Кишковский А. Н., Кузнецов С. В., Фадеев В. Д. // Вестн. рентгенол.— 1986.— № 2.— С. 29—35.
4. Портной Л. М., Легостаева Т. Б., Рослов П. Л. и др. // Хирургия.— 1987.— № 2.— С. 50—55.
5. Uhrenholdt H. // Surg. Gynec. Obstet.— 1984.— Vol. 159.— P. 353—356.

Поступила 14.07.88.

УДК 616.37—002.191—089.8

## ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПСЕВДОКИСТ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

В. А. Гагушин

Кафедра общей хирургии (зав.— доц. В. А. Гагушин) Горьковского медицинского института имени С. М. Кирова

Клинически и морфологически киста — промежуточная стадия между острым и хроническим панкреатитом [5]. В раннем периоде заболевания, то есть при отсутствии капсулы, затеки панкреатического сока в забрюшинной клетчатке, малой сальниковой сумке, внутри паренхимы поджелудочной железы не могут с анатомической точки зрения считаться кистой, но поскольку они являются исходным субстратом для ее образования, правомочны называться кистами в нестабильной стадии [6]. По мнению одних авторов [1, 4], в ранних стадиях кисты следует проводить консервативное лечение, по мнению других [2, 3] — оперативное, причем сразу после установления диагноза, до развития плотной капсулы, для формирования которой необходимо 2—4 месяца.

С 1975 по 1985 г. было прооперировано 28 пациентов (мужчин — 23, женщин — 5 в возрасте от 19 до 74 лет) по поводу псевдокист поджелудочной железы в нестабильной стадии.

Среди этиологических факторов преобладал алкоголизм, желчнокаменная болезнь, панкреатит беременной; у 3 пациентов причина осталась неясной.

Большую часть больных (18) оперировали в первые 2 месяца от начала заболевания. Клиническая картина складывалась из общих и местных симптомов. Из общих

наиболее часто наблюдались боли (24), желтуха (5), гипертермия (11).

Уровень амилазы в моче был повышен только у 8 больных, в то время как в крови — у 21. Мы придаем большое значение этому феномену, поскольку он помогает не только в дифференциальной диагностике панкреатической кисты и других образований, но и свидетельствует о возможности развития осложнений. Длительное повышение активности амилазы в крови после стихания клинических признаков панкреатита заставляет заподозрить формирование кисты, даже если она не пальпируется.

Для уточнения диагноза применяли комплекс исследований, включающих ультразвуковое исследование, лапароскопию, ангиографию, рентгенологическое исследование желудочно-кишечного тракта. В результате проведенных исследований правильный дооперационный диагноз был поставлен у 24 больных. Трое больных, доставленных в клинику с перфорацией кисты в брюшную полость, были прооперированы по поводу перитонита, и у одного больного была заподозрена опухоль головки поджелудочной железы.

Характер и количество развившихся в дооперационном периоде осложнений представлены в табл. 1.

Таким образом, у 28 больных в доопе-