

**Ю.М. Ишенин, Р.А. Валеев, Р.Н. Фахрутдинов, Д.И. Киселев (г. Нижнекамск). Оперативное лечение хронического калькулезного панкреатита**

Чаще всего больных хроническим панкреатитом (ХП) лечат консервативно, но при некоторых формах ХП, связанных с нарушением оттока панкреатического сока, методом выбора является оперативное лечение. Одним из показаний к оперативному лечению служит вирусунголитиаз, в частности вколоченные камни вирусунго протока. При такой патологии прибегают к операциям внутреннего дренирования (панкреатоэюноанастомия по Дювалю или Пуэстау), вирусунгопластике или к эндоскопическому удалению камней. Наиболее радикальной считается операция внутреннего дренирования, после которой исчезают предпосылки к повторному образованию камней.

В хирургическое отделение № 1 городской больницы № 3 г. Нижнекамска 18.02.1998 г. поступил Ш., 38 лет, с жалобами на постоянные боли в эпигастральной области с иррадиацией в поясницу, плохой аппетит, частую диарею. По словам пациента, он болен с 1994 г., когда стали появляться боли в эпигастрии после нарушения диеты и приема алкоголя. С августа 1996 г. боли стали постоянными с иррадиацией в поясницу, не связанные с приемом пищи, пропал аппетит, появилась частая диарея. С августа 1996 г. неоднократно лечился консервативно в условиях хирургического и гастроэнтерологического отделений с диагнозом: хронический панкреатит, часто рецидивирующая форма средней тяжести. После консервативного лечения вначале отмечал временное улучшение, а позднее — отсутствие эффекта.

В стационаре было проведено клиничко-лабораторное исследование.

Анализ мочи: содержание альфа-амилазы — 156,2 ед., белка — 0,33 г/л.

Анализ крови: Нб — 137 г/л, л. —  $8 \cdot 10^9$ /л, э. — 12%, п. — 4%, с. — 51%; СОЭ — 9 мм/ч; содержание альфа-амилазы — 73 ед., сахара — 7,6 ед., Hbs Ag отриц.

На УЗИ органов брюшной полости: печень выступает на 8 см из-под края реберной дуги, правая доля — 130 мм, левая — 80 мм, структура однородная. Желчный пузырь без особенностей, диаметр общего печеночного протока равен 5 мм. Поджелудочная железа: головка — 31 мм, структура неоднородная, крупнозернистая, с гиперэхогенными включениями в области тела, анэхогенное образование с неровными контурами по всему длиннику железы размером около 30 мм. На рентгенографии органов брюшной полости: на уровне L2 слева в области поджелудочной железы — множество петрификатов. Заключение после фиброгастродуоденоскопии: рефлюкс-гастрит.

Компьютерная томография: во всех отделах поджелудочной железы, начиная с головки до хвоста, множество кальцинатов небольших размеров, в области тела — крупный кальцинат до

8 мм. Расширение вирусунго протока до 9 мм. Размеры железы — 37 x 30 x 33 мм, контуры четкие, ровные.

Поставлен диагноз: хронический калькулезный панкреатит, вирусунголитиаз.

24.03.1998 г. проведена операция: лапаротомия, панкреатолитотомия, панкреатоэюноанастомоз по Пуэстау на отключенной по Ру петле. В ходе операции при ревизии органов брюшной полости каких-либо особенностей не обнаружено, холедох не расширен. Поджелудочная железа инфильтрирована, отечна, с признаками выраженного хронического воспаления, пальпируется расширенный вирусунгов проток. В области головки пальпируется плотное, каменное образование. При пункции протока выделена тягучая густая жидкость (по данным срочной цитологии — воспаление). По игле проведена вирзунгопанкреатоскопия: проток значительно расширен, контраст в двенадцатиперстную кишку не поступает. Произведено вскрытие протока, удалены 6 конкрементов от 0,3 до 1 см. Камень, находившийся в ретродуоденальной части железы, удалить не удалось. Наложено панкреатоэюноанастомоз по Пуэстау на отключенной по Ру петле тонкого кишечника. Выполнено дренирование брюшной полости (рис. 1).

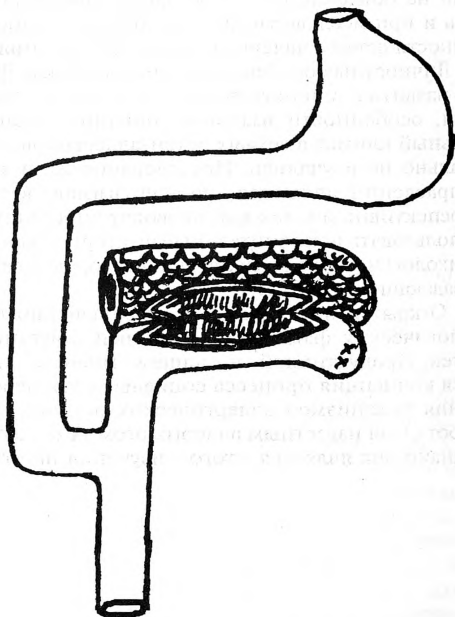


Рис. 1. Схема панкреатоэюноанастомоза.

Послеоперационный период протекал гладко, без осложнений. При выписке Нб — 130 г/л, л. —  $6,4 \cdot 10^9$ /л, э. — 2%, п. — 1%; СОЭ — 18 мм/ч. Больной выписан на 15-й день после операции в удовлетворительном состоянии. Повторно осмотрен на 7 и 14-й день после выписки. Самочувствие хорошее, появился аппетит. Диареи, тошноты, рвоты не наблюдалось.

Таким образом, больные с патологией выводных протоков поджелудочной железы нуждаются в оперативном лечении, при этом оптимально наложение соустья между выводным протоком железы и кишкой, что обеспечивает профилактику рецидива заболевания.

УДК 615.256.3+615.357

### Г.М. Ляшова (г. Набережные Челны). Опыт применения депо-провера в женской консультации

Депо-провера — одно из наиболее эффективных контрацептивных средств с обратимым действием, которое продолжается в течение 3 месяцев после однократного введения. Средняя длительность стерильного периода от последней инъекции до возобновления овуляции составляет 5,8 месяца.

С 1995 по 1997 г. в кабинете планирования семьи проводилось наблюдение за женщинами, применявшими депо-провера (ДП). За это время медроксипрогестерона ацетат получили 300 (98,3%) женщин, преимущественно 35 лет и старше (295). 104 (39,7%) женщины из 300 получили ДП с целью контрацепции, 196 (65,3%) — как контрацептив и как средство воздействия на имеющиеся гинекологические заболевания. У 58 (29,6%) из 196 женщин были миома матки и геморрагический синдром, у 28 (14,3%) — двусторонний сальпингофорит, у 26 (13,3%) — хронический метроэндометрит и нарушения менструального цикла, у 23 (11,7%) — климактерические кровотечения, у 17 (8,7%) — мастопатия, у 7 (3,6%) — частые экспульсии ВМС, у 3 (1,5%) — эндометриоз, у одной (0,5%) — зуд наружных половых органов.

У 53 из 58 женщин величина матки соответствовала от 6 до 8—9 нед беременности. Этот срок миомы матки благоприятен для консервативного лечения (по Д.И. Бенедиктову), особенно хорошо поддается терапии гормональными препаратами. Миома матки с нарушениями менструального цикла была обнаружена у 9 (15,5%) больных, в сочетании с гиперплазией эндометрия — у 3 (5,2%), с болевым синдромом — также у 3. После 2 инъекций ДП боли были купированы. У одной из женщин с миомой матки был зуд наружных половых органов, который не удавалось снять имеющимися препаратами. После 2 инъекций ДП зуд уменьшился.

У 32 женщин бессимптомные миомы матки после применения ДП 3—4 раза в год по 150 мг уменьшились до нормальной величины. У 5 (8,6%) женщин миомы соответствовали 10—11 нед беременности. На фоне применения ДП у них открылось обильное и длительное маточное кровотечение, что потребовало их госпитализации и оперативного лечения. У 4 из них была произведена надвлагалищная ампутация матки с гистологической верификацией железистой и железисто-кистозной гиперплазии эндометрия. Пятая пациентка также была прооперирована, гистологический анализ показал наличие рака эндометрия. Была сделана повторная операция — экстирпация матки с последующей химиотерапией. После этого получала ДП по 500 мг 2 раза в неделю в

течение 6 месяцев по назначению онколога. 3-месячное применение ДП вызвало у нее обильный рост пушковых волос на лице и ушах, которые самостоятельно выпали.

Эффективным ДП оказался у 26 женщин с хроническим метроэндометритом и у 28 — с хроническим сальпингофоритом. Без дополнительного лечения через 3—6 месяцев после введения только ДП состояние здоровья женщин заметно улучшается: боли проходят, выделения становятся физиологическими, матка уменьшается и уплотняется. При хроническом метроэндометрите ДП приходится применять 5—6 раз в год, что связано с тем, что недолеченная матка начинает увеличиваться вновь. В особо упорных случаях метроэндометрита и сальпингофорита, когда при введении ДП возникают кровомазание и кровотечение и не отмечается уменьшения величины матки, приходится назначать антибактериальное лечение на фоне пирогенала.

4 женщины из 23 больных с климактерическим кровотечением получали ДП 4 раза в год, 2 — 2 раза в год, остальные — по одной инъекции. Состояние не ухудшилось ни у одной больной, кровотечение прекратилось, Hb с 75 и 85 г/л повысился до 127 г/л.

У женщин с мастопатией при лечении ДП исчезли боли в молочных железах и напряжение перед менструацией, ни одной из них не потребовалось операции.

Всем пациенткам проводился биохимический анализ крови через каждые 6 месяцев. У некоторых женщин отмечалось повышение уровня билирубина в крови до 32,2 мкмоль/л (в норме — 20 мкмоль/л), холестерина до 7,6 ммоль/л (в норме — 5,5 ммоль/л). Такие пациентки консультировались у терапевта и препарат был отменен. У одной больной в результате введения ДП АД повысилось до 135/90 мм Hg. Из анамнеза выяснилось, что ее родители страдали гипертонической болезнью, следовательно, повышение АД было у нее наследственной патологией.

У 3 женщин после применения ДП температура тела повысилась до 37,3°C и держалась в течение действия препарата.

Особенно пристального внимания требуют женщины с климактерическим кровотечением. Больная А., 48 лет, в течение 5 лет страдала маточными кровотечениями, уровень Hb был 53 г/л. Женщина трехкратно подвергалась диагностическому выскабливанию с гистологическим заключением: атрофический эндометрий. В течение первых 3 месяцев применения ДП возникли обильные кровотечения и длительные мажущие выделения, которые регулировали применением эгестронола. На 6-м месяце от начала применения ДП кровомазание прекратилось и наступила аменорея. После года лечения кровотечения прекратились, женщина поправилась на 7 кг, у нее восстановилась работа желудочно-кишечного тракта. Пациентка была довольна такими результатами лечения, но ею были отмечены и отрицательные стороны ДП: повышение массы тела и снижение либидо.

За трехлетний период наблюдения за женщинами, получавшими ДП, 3 женщины забеременели. У одной пациентки после первой инъекции ДП менструации не было 9 месяцев, затем они