

ем подтвержден доброкачественный характер новообразования. Окончательное гистологическое заключение подтвердило АМЛ.

Все пациенты хорошо перенесли вмешательства и выписаны домой. За всеми проводится диспансерное наблюдение. При наблюдении за пациентами признаков рецидива опухоли нет. Функция оперированной почки через год после операции нарушена у 3-х человек, у остальных функция оперированной почки не отличается от таковой до операции.

Выводы:

1. Ангиомиолипома составляет 7,6% среди всех опухолей паренхимы почки.
2. Ультразвуковое исследование является наиболее доступным и весьма информативным методом диагностики ангиомиолипому почки.
3. Органосохраняющая операция является оптимальным методом лечения ангиомиолипому почки и должна выполняться даже в случаях когда размеры опухоли не превышают 2-х см в диаметре. Это позволит максимально сохранить паренхиму почки и сократит количество органонуносящих операций по поводу доброкачественных опухолей.

ПРИМЕНЕНИЕ ИНТЕГРАЛЬНЫХ ШКАЛ ПРИ ОСТРОМ ПАНКРЕАТИТЕ В УСЛОВИЯХ БОЛЬНИЦЫ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

А.В. Гидранович

Научный руководитель – к.м.н., доцент *А.В. Фомин*
Витебский государственный медицинский университет

Среди острых хирургических заболеваний органов брюшной полости острый панкреатит (ОП) занимает третье место, уступая только аппендициту и холециститу. Одной из причин неблагоприятных исходов при ОП является полиорганная недостаточность. В связи с этим, ранняя диагностика тяжелых форм ОП важна для эффективного лечения [1]. Для объективизации диагностики тяжелых состояний в хирургии были разработаны диагностические шкалы (scoring systems), применение которых увеличило точность прогноза, в том числе для ОП до 70–80% [2].

Цель исследования: изучить возможность применения диагностических и прогностических шкал оценки тяжести течения острого панкреатита в условиях больницы скорой медицинской помощи.

Материал и методы. Обследовано 47 больных ОП. Использованы 6 шкал интегральной оценки, основанных в основном на параклинических и лабораторных данных (POSSUM, SAPS, APACHE II, MODS, SOFA, LODS) и 2 шкалы, основанных в основном на клинических данных (краткая и развернутая шкалы В.Б. Красногорова). Проведен анализ достаточности клинических данных по 8 шкалам.

Результаты. Объемность шкал интегральной оценки не позволяет использовать их для широкого применения. Суммарно для вышеперечисленных шкал интегральной оценки выделено 39 параметров. Наиболее объективными, однако, и наиболее сложными являются шкалы APACHE II и POSSUM. Их применение целесообразно в условиях отделения интенсивной терапии для оценки степени полиорганной недостаточности. Наиболее доступной является шкала LODS, что позволяет предложить ее для оценки состояния больных групп риска. Шкалы, основанные на клинических данных, имеют 30 (развернутая шкала В.Б. Красногорова) и 16 показателей (краткая шкала В.Б. Красногорова). Доступность показателей шкал В.Б. Красногорова позволяет использовать их для скрининговой оценки состояния больных ОП и выделения групп риска.

Нами теоретически обоснован следующий алгоритм применения шкал: краткая шкала В.Б. Красногорова – в приемном покое для скрининга пациентов на предмет развития тяжелого панкреатита и выделения группы риска, развернутая шкала В.Б. Красногорова – в приемном покое при сомнительных результатах краткой шкалы, LODS в хирургическом отделении для скрининга пациентов групп риска на предмет развития полиорганной недостаточности, APACHE II – в отделении интенсивной терапии для оценки степени полиорганной недостаточности и прогноза исхода заболевания, POSSUM – для прогнозирования исхода при необходимости оперативного вмешательства.

Выводы.

1. Больные, поступающие в стационар с диагнозом острый панкреатит, нуждаются в

стратификации риска развития полиорганной недостаточности.

2. Для повышения эффективности лечения ОП необходима разработка диагностического стандарта с использованием прогностических шкал.

3. На этапах диагностики показано последовательное применение прогностических шкал В.Б. Красногорова, LODS, APACHE II.

Литература

1. Деструктивный панкреатит и парапанкреатит /Авт. А.Д. Толстой, Р.А. Сопия, В.Б. Красногорова, Р.В. Ваштко, В.Р. Гольцов, М.И. Андреев.— СПб., 1999.— 128 с.

2. United Kingdom guidelines for the management of acute pancreatitis // Gut 1998;42 (suppl 2):S1-S13

КОМПЛЕКСНАЯ ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА КИШЕЧНОЙ МЕТАПЛАЗИИ И ДИСПЛАЗИИ СЛИЗИСТОЙ ЖЕЛУДКА

Т.А. Гинько

Научный руководитель – д.м.н., профессор *С.И.Третьяк*
Белорусский государственный медицинский университет

ЦЕЛЬ: Определить возможности хромоскопии в дифференциальной диагностике заболеваний желудка. Сопоставить результаты хромоэндоскопической картины с расширенной биопсией и результаты рутинной фгдс с биопсией.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ: В эндоскопическом отделении МКДЦ за 1991-2002гг. были проведены 61950ФГДС с биопсией. При получении гистологических признаков тяжелой дисплазии и кишечной метаплазии 2-го типа 124 пациентам через 2 недели проведены повторные ФГДС с 0.5% раствором метиленового синего и прицельной (12-14 фрагментов) биопсией и цитологией.

РЕЗУЛЬТАТЫ: Кишечная метаплазия слизистой желудка выявлена в 16343 случаях, что составило 26, 38% от общего числа (61950 исследований) пациентов. Дисплазия слизистой желудка выявлена и подтверждена гистологически у 2161 пациента, что составило 3, 49%. Их средний возраст составил 48 лет. Кишечная метаплазия выявлена у 967 пациентов с дисплазией (среди них в 5% - распространенная кишечная метаплазия с поражением в 23 случаях в двух и более отделов желудка и в 95% - очаговая с поражением в 165 случаях двух и более отделов желудка). Сочетание кишечной метаплазии с дисплазией составило 1,56% от общего числа исследований. Локализация выявленных дисплазий по отделам желудка представлена поражением антрального отдела в 78%, тела желудка в 21%, дна в 1%. По степени выраженности определялась в 90% умеренная, 7%-незначительная и в 3%-тяжелая дисплазия. В исследуемой группе дисплазия слизистой оболочки желудка сочеталась в 38% случаев с гастритом типа В, в 27%-с язвенной болезнью, в 18% с гастритом типа С, в 13% с гастритом типа А, в 2% -с полипозом желудка и в 2% обнаружена у пациентов после резекции желудка. В 88.5% случаев дисплазия выявлена на фоне НР ассоциированного гастрита. В результате применения витальных красителей у 124 пациентов с тяжелой дисплазией и толстокишечной метаплазией выявлено 69 случаев рака желудка из них 20 случаев раннего рака. Все больные с впервые выявленным раком желудка консультированы в ГОД и НИИ онкологии 19 человек оперированы по поводу раннего рака, живы (18 лапаротомий и 1 эндоскопическая петлевая резекция слизистой). 1 пациент (перстневидноклеточный ранний рак) умер - не оперирован своевременно.

ВЫВОДЫ:

Использование витальных красителей при фгдс и расширенной до 12-14 фрагментов щипцовой и петлевой биопсии обязательно в процессе дифдиагностики регенераторных и неопластических изменений при выявлении выраженной дисплазии.

Процент впервые выявленной дисплазии и кишечной метаплазии изученный на большом клиническом материале в республике Беларусь превышает данные мировой статистики по данным различных авторов в 3-8 раз.

Омоложение среднего возраста лиц с данной патологией с 64 до 48 лет требует активного эндоскопического терапевтического и хирургического лечения этих пациентов.