

3. Бутрова С.А. Современная терапия ожирения / С.А. Бутрова, Ф.Х. Дзгоева // Русский медицинский журнал. — Том 13. — №2. — С. 3-6.
4. Моисеев С.В. Сибутрамин в лечении ожирения / С.В. Моисеев // Клиническая фармакология и терапия. — 2005. — №14 (2). — С. 64-68.
5. Andersen K.M. Cardiovascular disease risk profiles / K.M. Andersen, P.M. Odell, P.F. Wilson // Am. Heart. — 1991. — V. 121. — P. 293-298.
6. Astup A. Weight loss produced by Sibutramine: meta-analysis / A. Astup, E. Chong // Int. J. Obesity. — 2001. — V. 25 (suppl. 2). — S. 104-107.
7. Bray G.A. Sibutramine produce dose-related weight loss / G.A. Bray, G.L. Blackburn // Obes. Res. — 1999. — V.7. — P. 189-198.
8. Mc Neely W., Goa K. Sibutramine: a review of its contribution to the management of obesity / W. Mc Neely, K. Goa // Drugs. — 1998. — V. 56. — P. 1093-1124.
9. Rolls B. Sibutramine reduces food intake in non-dieting women with obesity / B. Rolls, D. Shide, M. Thorwant // Obes. Res. — 1998. — V.6. — P. 1-11.

© Р.М. Гарипов, А.Р. Титов, Р.Д. Нажипов, 2007
УДК 616.366-003.7-06-089-07

Р.М. Гарипов, А.Р. Титов, Р.Д. Нажипов

АЛГОРИТМ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ОБЩЕКЛИНИЧЕСКИХ И СПЕЦИАЛЬНЫХ МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЯ, С УЧЕТОМ ИХ ЭФФЕКТИВНОСТИ, В ДИАГНОСТИКЕ РЕЦИДИВНОГО И РЕЗИДУАЛЬНОГО ХОЛЕДОХОЛИТИАЗА

Башкирский Государственный Медицинский Университет (ректор — академик В.М. Тимербулатов)
Клиника Башкирского Государственного Медицинского Университета (директор — проф. Р.М. Гарипов)

Улучшение качества лечения рецидивного и резидуального холедохолитиаза в значительной мере зависит от успехов ранней и правильной диагностики заболеваний после перенесенной холецистэктомии, что требует четкого понимания проблемы и настойчивых последовательных действий. На основании анализа многолетнего опыта лечения 153 больных рецидивным и резидуальным холедохолитиазом разбираются современные возможности диагностики и определяется эффективность различных инструментальных методов обследования. Создается диагностический алгоритм, основанный на принципе «от более простых и менее травматичных исследований к более сложным и инвазивным методам», позволяющий более рационально использовать различные инструментальные методы исследований и сократить сроки обследования больных.

Ключевые слова: диагностический алгоритм, рецидивный холедохолитиаз, резидуальный холедохолитиаз.

THE ALGORITHM OF USING GENERAL CLINICAL AND SPECIAL METHODS OF EXAMINATION, TAKING INTO ACCOUNT THEIR EFFICIENCY, IN THE DIAGNOSTIC ALGORITHM OF RECURRENT AND RESIDUAL CHOLEDOCHOLITHIASIS.

R.M. Garipov, A.R. Titov, R.D. Naghipov

The improvement of treatment quality of recurrent and residual choledocholithiasis depends, to a great extent, on the early and correct diagnostics of diseases after cholecystectomy, which requires a clear understanding and successive urgent treatment. On the basis of many years of experience of treatment of 153 recurrent and residual choledocholithiasis cases modern means of diagnostics are being studied and the effectiveness of different instrumental methods of examination is being determined. It creates the diagnostic algorithm, based on principle: «from a simple and less traumatic examination to more complicated and invasive methods», which allows to use the most efficient instrumental methods and shorten the terms of examination.

Keywords: the diagnostic algorithm, recurrent choledocholithiasis, residual choledocholithiasis.

Желчнокаменная болезнь (ЖКБ) является одной из наиболее распространенных болезней во многих странах мира [2, 8, 10]. По мнению ряда ученых [16, 17, 18] рост заболеваемости за последние годы ЖКБ связан с изменением образа жизни человека, увеличивающимся потреблением рафинированных продуктов, возрастанием нервно-психического напряжения. Соответственно увеличению частоты ЖКБ увеличивается частота ее осложненных форм, растет число оперативных вмешательств [1, 3, 6, 15, 21]. Как следствие, остается высокой частота резидуального и рецидивного холедохолитиаза. Частота забытых и вновь сформированных камней желчных протоков составляет 0,5-29% [5, 7, 9, 11, 12, 13, 14, 19, 20].

Улучшение качества лечения в значительной мере зависит от успехов ранней и правильной диагностики заболеваний после перенесенной холецистэктомии. Галеев М.А. и Тимербулатов В.М. [4] справедливо утверждали, что «основой диагностики остаются данные клинического обследования больного». Однако содержание этого понятия в настоящее время изменилось. Современное клиническое исследование — направляемый врачом процесс, начинающийся с осмотра больного и включающий применение ряда специальных методик. В ряде случаев лабораторная и инструментальная диагностика постепенно отодвигает на второй план традиционную клиническую диагностику, так как старые методы не позволяют распознавать болезнь в начальной стадии.

Цель нашего исследования явилось улучшение качества диагностики больных резидуальным холедохолитиазом.

Для достижения нашей цели была поставлена следующая задача — создание диагностического алгоритма при резидуальном холедохолитиазе с учетом эффективности различных методов исследования.

Нами проведен ретроспективный анализ историй болезни 153 больных прооперированных по поводу камней желчевыводящих путей, которые ранее перенесли холецистэктомию по поводу ЖКБ. Анализ проведен по материалам клиники Башкирского государственного медицинского университета и больницы Скорой медицинской помощи, за период с 1995 по 2004 годы. У 13 (8,5%) пациентов при первичной операции (холецистэктомии) был выявлен холедохолитиаз.

Все пациенты были в возрасте от 33 до 90 лет. Средний возраст пациентов составил $63,5 \pm 2,8$ лет. Соотношение мужчин и женщин составило 1:2,6.

Диагностический алгоритм при резидуальном холедохолитиазе представлял собой комплекс общеклинического обследования и инструментальных методик, дополняемых при необходимости малоинвазивными исследованиями.

К общеклиническим обследованиям относились: ОАК, ОАМ, биохимический анализ крови, определение температуры тела, ЭКГ, флюорография органов грудной клетки, определение системы свертывания крови и определение кислотно-щелочного состояния крови.

При изучении ОАК было выявлено повышение среднего показателя количества лейкоцитов $15,3 \pm 4,5 \times 10^9$ /л, скорости оседания эритроцитов $23,0 \pm 6,3$ мм/ч. В биохимических анализах крови имело место повышение сред-

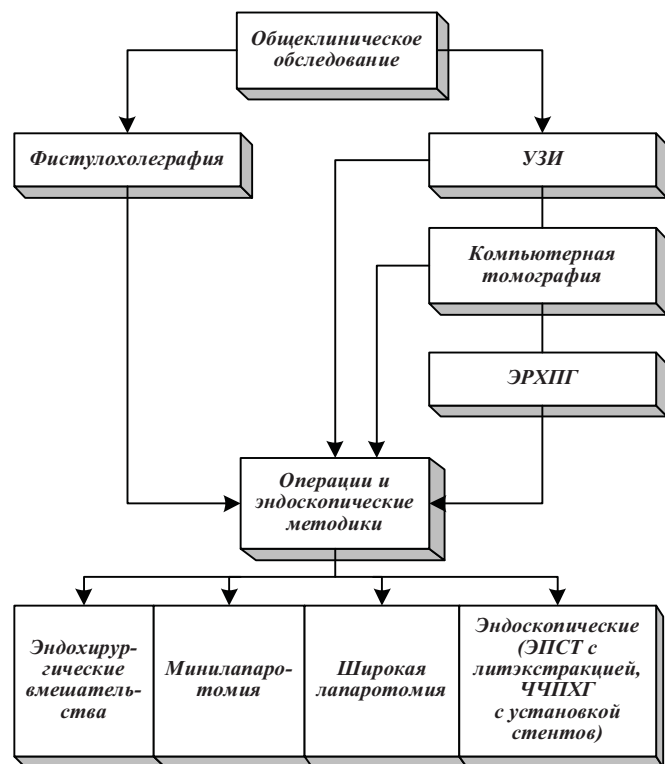


Рис. 1. Диагностический алгоритм при рецидивном и резидуальном холедохолитиазе.

них показателей уровня общего билирубина сыворотки крови $82,7 \pm 17,7$ мкмоль/л и его фракций (прямой $47,4 \pm 9,8$ мкмоль/л, уровня аланинаминотрансферазы $94,5 \pm 11,5$ ед/л, аспаратаминотрансферазы $83,2 \pm 0,46$ ед/л, щелочной фосфатазы $464,2 \pm 18,7$ ед/л. Температура тела у 39 (25,5%) пациентов была повышена и составила $37,2 \pm 0,1$ С. Эти обследования выполнены у 100% пациентов.

Из 35 параметров общеклинического обследования, при изучении средних показателей, изменения были выявлены у 8, из чего следует, что данные параметры являются специфическими для данной нозологии и заслуживают первоочередного внимания.

Основную роль играют специальные методы исследования.

С целью определения возможной причины холедохолитиаза нами выполнялись R-скопия желудка, фиброэзофагогастродуоденоскопия (ФЭГДС).

Рентгенологическое исследование желудка и 12-перстной кишки было проведено у 48 (31,4%) пациентов. При этом дуоденостаз был выявлен у 5 (3,3%) пациентов, косвенные признаки панкреатита у 6 (3,9%) пациентов.

ФЭГДС произведена в исследуемых группах у 153 (100%) больных. При этом дивертикулит двенадцатиперстной кишки выявлен у 8 (5,2%) пациентов, косвенные признаки панкреатита у 7 (4,6%) больных. Данное исследование также позволило определить возможность проведения эндоскопической ретроградной холангиопанкреатикографии (ЭРХПГ).

Литература:

1. Батвинков, Н.И. Хирургическое лечение больных с механической желтухой / Н.И. Батвинков, П.В. Гарелик, И.К. Кояло // Хирургия. — 1993. — № 1. — С. 17-21.
2. Ветшев, П.С. Желчнокаменная болезнь / П.С. Ветшев, О.С. Шкроб, Д.Г. Бельцевич. — М., 1998. — 137 с.
3. Галимов, О.В. Возможности применения антеградной папиллосфинктеротомии при лечении холедохолитиаза / О.В. Галимов, В.Г. Сахаутдинов, Е.И. Сендерович // Актуальные проблемы хирургической гепатологии: тез. докл. Всерос. конф. хирургов-гепатологов. — Кемерово, 1999. — С. 102.
4. Галлеев, М.А. Желчнокаменная болезнь и холецистит / М.А. Галлеев, В.М. Тимербулатов. — Уфа: Башкирское книжное изд-во, 1997. — 268 с.
5. Гальперин, Э.И. Заболевания желчных путей после холецистэктомии / Э.И. Гальперин, Н.В. Волкова. — М.: Медицина, 1998. — 272 с.
6. Гаринов, Р.М. Оптимизация новых технологий малоинвазивной хирургии в лечении желчнокаменной болезни и ее осложнений: автореф. дис. ... д-ра мед. наук. — Уфа, 1997. — 45 с.

Ультразвуковой метод исследования занял главенствующее положение при оценке калькулезного поражения желчных путей. Данное исследование выполнено у 153 (100%) пациентов. Из них у 128 (83,6%) пациентов выявленные патологические изменения со стороны органов гепатобилиарной системы совпали с операционными данными, либо подтверждены другими методами обследования. При этом у 119 (79,8%) выявлена холедохэктазия $14,3 \pm 3,74$ мм различной степени выраженности. В 109 (73,1 %) случаях выявлены конкременты размером $10,2 \pm 2,83$ мм. Эффективность метода составила 83,6%.

У 15 (9,8%) больных диагностические процедуры включали компьютерную томографию (КТ). Из них в 13 (86,7%) случаях выявлена холедохэктазия $13,6 \pm 1,96$ мм, из них 5 случаях конкременты холедоха, у 3 больных диагностирован хронический индуративный панкреатит. Эффективность метода достоверна в 86,7%.

В нашем исследовании были 2 (1,3%) больных с наружным дренажем общего желчного протока, которым выполнена фистулохолеграфия. На фистулохолеграфии в обоих случаях выявлена холедохэктазия, обнаружены конкременты терминального отдела холедоха.

При необходимости выполнялось ЭРХПГ, ЧЧПХГ.

ЭРХПГ выполнено у 94 (61,4%) больных с целью уточнения диагноза, дальнейшего определения хирургической тактики, когда неинвазивные методы диагностики не дают необходимой информации о состоянии желчных путей. При этом холедохэктазия $13,7 \pm 2,69$ мм выявлена у 89 (94,6%) пациентов. Конкременты размером $12,1 \pm 2,78$ мм выявлены у 74 (78,7%) пациентов, стриктура в сочетании с холедохолитиазом — у 15 (15,9%) больных. В 1 (1,1%) случае при ЭРХПГ выявлен ложный желчный пузырь с множеством конкрементов как в пузыре так и в холедохе. При этом эффективность исследования составила 95,7%.

В нашем исследовании чрескожная чреспеченочная холангиография (ЧЧПХГ) выполнена в 2 случаях с целью декомпрессии желчных путей при предоперационной подготовке, когда выполнить эндоскопическую папиллосфинктеротомию не представлялось возможным.

На основании полученных нами данных: лабораторных показателей (лейкоцитоза, повышение СОЭ, повышения билирубина с фракциями, АСТ, АЛТ, ЩФ), повышения температуры тела, эффективности различных инструментальных методов обследования (УЗИ 83,6%, КТ 86,7%, ЭРХПГ 95,7%) создан диагностический алгоритм обследования больных рецидивным и резидуальным холедохолитиазом в зависимости от клинических их проявлений, основанный на принципе «от более простых и менее травматичных исследований к более сложным и инвазивным методам», позволяющий более рационально использовать различные инструментальные методы исследований и сократить сроки обследования больных (рис. 1).

Предложенный нами диагностический алгоритм позволит более рационально использовать различные методы исследования и сократить сроки обследования больных.

7. Гришкевич, Э.В. Повторные операции на желчных путях: автореф. дис. ... д-ра мед. наук. — М., 1971. — 40 с.
8. Дедерер, Ю.М. Желчнокаменная болезнь / Ю.М. Дедерер, М.П. Крылов, Г.Г. Устинов. — М., 1983. — 174 с.
9. Диагностика и лечение резидуального холедохолитиаза / М.А. Нартайлаков, И.А. Сафин, Н.В. Пешиков [и др.] // Труды ассоциации хирургов Республики Башкортостан за 1997 год. — Уфа, 1998. — Т. 2. — С. 45-52.
10. Желчнокаменная болезнь / П.С. Ветшев, О.С. Шкроб, Н.С. Кузнецов, Д.Г. Бельцевич. — М.: ММА им. Сеченова, 1996. — 55 с.
11. Нечай, А.И. 70 лет монографии Федорова С.П. «Желчные камни и хирургия желчных путей» / А.И. Нечай // Вести хирургии. — 1989. — Т. 142. — № 3. — С. 122-123.
12. Нечай, А.И. Рецидивный и резидуальный холедохолитиаз / А.И. Нечай // Хирургия. — 1998. — № 9. — С. 37-41
13. Прудков, М.И. Хирургия минидоступа / М.И. Прудков, Ф.В. Галимзянова, А.В. Богданова // Хирургия минидоступа: материалы Уральской межрегиональной науч.-практич. конференции. — Екатеринбург, 2005. — С. 144.
14. Стукалов, В.В. Современные подходы к диагностике и лечению резидуального холедохолитиаза / В.В. Стукалов // Вестн. хирургии. — 1998. — Т. 157. — № 5. — С. 39-43.
15. Тимошин, А.Д. Диагностика и лечение рубцовых стриктур и свищей желчных протоков / А.Д. Тимошин, А.А. Мовчун, Н.П. Ратникова // Анналы хирургической гепатологии. — Т. 1, № 2. — С. 79-87.
16. Уханов, А.П. Лапароскопическая холецистэктомия и холедохолитиаз / А.П. Уханов // Вестн. хирургии. — 1998. — Т. 157. — № 1. — С. 106-111.
17. Шалимов, А.А. Топическая диагностика и хирургическая тактика у больных с рубцовыми стриктурами желчных протоков / А.А. Шалимов, В.М. Копчак, М.Е. Нечитайло // Первый Московский Международный конгресс хирургов. — М., 1995. — С. 357-358.
18. Юргелис, А.В. Отдаленные результаты холецистэктомии у больных с калькулезным холециститом / А.В. Юргелис, Б.И. Плюснин, Р.Г. Хачатрян // Журн. эксперим. и клин. медицины. — 1990. — Т. 29, № 5. — С. 402-405.
19. Coyne, M.J. Gallstone disease / M.J. Coyne, L.J. Schoefield // Postgrad. Med. — 1975. — Vol. 57. — № 1. — P. 153-58.
20. Lux, G. Endoscopic therapy of bile duct calculi by lithotripsy / G. Lux // Fortschr. Med. — 1985. — Vol. 103. — № 38. — P. 88-92.
21. Mullen, J.L. The diagnosis of choledocholithiasis / J.L. Mullen, E.E. Rosato, W.T. Miller // Surg. Gynec. Obstet. — 1971. — Vol. 133. — P. 774-9.

© Б.Б. Капустин, Р.Ф. Ахметов, С.В. Старчиков
УДК 616.381-002:616.94-073

Б.Б. Капустин, Р.Ф. Ахметов, С.В. Старчиков

ЭКСПРЕСС-ДИАГНОСТИКА ЭНДОТОКСИКОЗА У БОЛЬНЫХ АБДОМИНАЛЬНЫМ СЕПСИСОМ

Ижевская государственная медицинская академия (ректор — проф. Н.С. Стрелков)

В статье рассматриваются вопросы экспресс-диагностики эндогенной интоксикации у 170 больных абдоминальным сепсисом. Отражен новый способ определения эндотоксикоза сопоставимый с другими параметрами эндогенной интоксикации и применим для мониторинга эффективности хирургической санации и контроля адекватности интенсивной терапии.

Ключевые слова: эндотоксикоз, перитонит, панкреонекроз.

EXPRESS-DIAGNOSTICS OF THE PATIENTS WITH ENDOGENIC INTOXICATION

B.B. Kapustin, R.F. Ahmetov, S.V. Starchikov

In article considered the questions of express — diagnostics of endogenic intoxication at 170 patients with abdominal sepsis. The new way of definition of endotoxiosis comparable with other parameters of endogenic intoxication and is applicable for monitoring efficiency of surgical sanitation and control of adequacy to intensive therapy.

Key words: endotoxiosis, peritonitis, pankreonecrosis.

Основными причинами сохраняющейся высокой летальности больных абдоминальным сепсисом остаются синдром эндогенной интоксикации, а также тесно сопряженный с ним синдром полифункциональной недостаточности органов и систем [1].

Существующие способы определения степени эндогенной интоксикации не всегда приемлемы в повседневной хирургической практике [3, 4]. Важным для принятия тактического решения остается разработка доступных скрининговых методик, позволяющих получать объективные параметры степени эндотоксикоза в режиме до- и послеоперационного мониторинга у наиболее сложной категории хирургических больных [2].

Цель исследования: улучшение результатов хирургического лечения больных распространенным перитонитом и панкреонекрозом за счет внедрения способа экспресс-диагностики эндогенной интоксикации.

Материал и методы исследования. Анализ подверглись результаты лечения 170 больных распространенными формами серозного, гнойного, ферментативного перитонита в токсическую фазу; деструктивным панкреатитом в фазу гнойно-септических осложнений, поступивших в хирургические отделения клиники госпитальной хирургии ИГМА на базе МУЗ 2-я ГКБ г. Ижевска с 2000 г. по 2005 г.

Комплексное обследование пациентов включало общеклинические параметры — частоту сердечных сокращений (уд. в мин), систолическое артериальное давление (в

мм. рт. ст.), температуру тела (в °C), частоту дыхательных движений (количество в мин), диурез (л/мин); биохимические показатели крови и лабораторные тесты: лейкоцитарный индекс интоксикации (ЛИИ), гематологический показатель интоксикации (ГПИ), молекулы средней массы (МСМ), коэффициент распределения (Кр).

Для решения поставленных задач в дооперационном и раннем послеоперационном периоде общеклинические исследования и лабораторные тесты дополнены способом диагностики эндотоксикоза, состоящем в определении изменения амплитуды колебания эритроцитов (в мкм) пациента в знакопеременном электрическом поле (патент РФ №2249214).

Способ осуществляли следующим образом. По стандартной методике проводили скарификацию и получали минимальный объем крови больного в капилляр или на поверхность скарификатора. Кровь разводили в 20 раз раствором 0,9% хлорида натрия. Полученный субстрат помещали на поверхность рабочей камеры прибора «Цито-Эксперт» для последующего цитологического микроэлектрофореза. В течение 15 минут подвергали эритроциты больного воздействию знакопеременного электрического поля с величиной тока 2,0 мА с частотой смены знака 0,25 Гц. Под действием переменного электрического поля обладающие электростатическим зарядом эритроциты совершали колебания вдоль направлений поля. С помощью микроскопа (увеличение 200) и окулярной