

казателей, а также повышение затрат на пребывание больного в стационаре в 1,7 раза. Помимо этого, у пациентов I группы, издержки на медикаментозную терапию меньше. Чем у больных II группы. На разности экономических затрат в оцениваемых группах отразились такие факторы, как снижение потребностей в инфузионной терапии, уменьшение используемых анальгетиков, антибиотиков.

Анализ экономической эффективности показал, что наряду с повышением клинической результативности стоимость лечения больного, за период внедрения клинического пути удалось снизить в 1,7 раза и сэкономить в перерасчёте на 100 больных 194500 рублей в год. При этом объём хирургического вмешательства остался прежним. Снижение общей стоимости лечения было связано не только с увеличением его клинической результативности и уменьшением длительности пребывания больного в стационаре, но ещё и со снижением в 1,7 раза частоты случаев полипрагмазии и в 2,4 раза – частоты необоснованного назначения лекарственных препаратов.

*А.Ф. Шульга, Л.В. Поташов, А.А. Протасов,
О.В. Полиглоттов, Р.В. Тонэ*

ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ МИКРОХОЛЕЛИТИАЗОМ

*Санкт-Петербургский государственный медицинский университет
им. академика И.П. Павлова*

В клинике общей хирургии СПбГМУ им. акад. И.П. Павлова в период с 2000 по 2003 г. обследовано 74 больных с подозрением на микрохолецистолитиаз и микрохоледохолитиаз. Всем им было выполнено клиническое и биохимическое исследование крови, а также трансабдоминальное УЗИ и ФГДС, а также по показаниям ЭРХПГ. Для исследования использовалась желчь, полученная при непрерывном, фракционном дуоденальном зондировании, а также желчь, полученная в процессе проведения ЭРХПГ из общего желчного протока, путем канюляции последнего. Исследование свойств различных тканей и органов как проводников электричества, лежит в основе импедансометрии. Исследование извлеченной желчи проводили на реогастрографе РГГ9-01, который разработан в конструкторском бюро ОАО «Завод «Радиоприбор»», и с успехом применяется клиниками города.

Помимо импедансометрии, всем исследованным больным проводилась микроскопия желчи, которая позволяла обнаружить кристаллы на различных стадиях их образования. Количественную оценку кристаллов желчи проводили по схеме, предложенной К. Juniper и E. Burson: 1-я стадия – менее 10 кристаллов в

препарате; 2-я стадия – от 10 до 25 кристаллов в препарате; 3-я стадия более 25 кристаллов в препарате; 4-я стадия – более 1 кристалла в поле зрения.

Отдалённые результаты за больными с микрохолелитиазом прослежены через 6 месяцев после выписки из стационара. Всем им было предложено амбулаторное обследование, включающее анкетирование, УЗИ органов панкреатобилиарной зоны, дуоденальное зондирование и дуоденоскопию с внутривнутрипротоковым забором желчи для последующей импедансометрии и микроскопии желчи. Все пациенты были ознакомлены с информированным согласием на предложенные манипуляции.

Анализ полученных при анкетировании данных лёг в основу оценки результатов по 3-балльной системе: «хорошие» - полное отсутствие болей или их уменьшение до незначительных, диета при этом соблюдается условно; из медикаментозной терапии используются только ферменты; «удовлетворительные» - на фоне улучшения состояния отмечаются нерегулярно возникающие боли, особенно после погрешности в диете, которые требуют медикаментозного лечения (спазмолитики) и соблюдения диеты; «неудовлетворительные» - возобновление тяжести и болей в правом подреберье, сопровождающиеся горечью во рту, эпизоды желтухи и лихорадки, выявление признаков холелитиаза, повторные госпитализации по поводу данного заболевания.

Из 74 вызванных пациентов, согласилось на обследование 70 человек. Средний возраст составил 64 года, соотношение мужчин и женщин 1:8. Все эти пациенты были разделены на 2 группы.

1-ю группу составили 36 пациентов (51,43%), ранее лечившихся по поводу начальной стадии холецистолитиаза, из которых 20 больных (55,56%) получали в течение 6 месяцев только консервативную терапию (урсосан или урсофальк в дозе 15мг/кг веса, спазмолитики, ферментные препараты, а также соблюдение диеты). У 10 больных (50,00%) была выполнена ранее ЛХЭ по поводу микрохолецистолитиаза; а также 6 пациентов (контрольная группа), которые с начальной стадией микрохолецистолитиаза в течение 0,5 года получали только спазмолитики, ферментные препараты и соблюдение диеты.

«Хорошие» результаты выявлены у 8 (40%) пациентов 1-й группы, у них полностью отсутствовали боли в правом подреберье, изредка появлялась тошнота и горечь во рту. При УЗИ желчного пузыря явлений билиарного сладжа не определялось. При микроскопии желчи выявлялось менее 5 кристаллов холестерина в поле зрения (1-я стадия кристаллообразования), а электрический импеданс желчи находился в пределах нормы и составлял $21,5 \pm 3,5$ Ом. Нормальная моторика желчного пузыря была сохранена у 15 пациентов, у 5 больных она носила гипокинетический характер.

Ещё у 6 пациентов (30%) результаты лечения были оценены как

«удовлетворительные». У них отмечались нерегулярно возникающие боли в правом подреберье, особенно после погрешности в диете, требующие медикаментозного лечения. При этом у 4 из них отмечалась горечь во рту, тошнота и диарея, что скорее всего связано с приёмом урсосана. При УЗИ желчного пузыря явных признаков билиарного сладжа выявлено не было, однако отмечалось утолщение стенок желчного пузыря до 0,3-0,4 см. У 5 пациентов выявлена гипокинезия желчного пузыря. При макроскопии желчи у всех 6 больных обнаружена 2 и 3 стадия кристаллообразования. Импедансометрия желчи у этих пациентов составляла $34 \pm 4,3$ Ом, что расценивалось как проявление дестабилизации желчи.

Всем 14 пациентам (70%) с «хорошими» и «удовлетворительными» результатами было рекомендовано продолжить консервативную терапию с обязательным применением препаратов урсоедоксихолевой кислоты (урсосан или урсофальк в дозе 10 мг/кг/сутки), с последующим контролем клинических и биохимических анализов, а также УЗ-диагностикой.

«Неудовлетворительные» результаты были выявлены у 6 пациентов 1-й группы (30%), которые жаловались на постоянные боли и дискомфорт в правом подреберье, сопровождающиеся горечью во рту, диспептическими расстройствами. По результатам УЗИ билиарной зоны, у этих пациентов были обнаружены признаки холецистолитиаза, диаметр конкрементов колебался от 2 до 3 мм, стенка желчного пузыря была утолщена до 0,4-0,5 см.

У 10 пациентов 1 группы, которым ранее была выполнена ЛХЭ по поводу микрохолецистолитиаза, отдалённые результаты признаны как «хорошие» (7), практически не предъявляющие жалоб и не принимающие лекарственных препаратов, так и «удовлетворительные» (3), все они отмечали периодически возникающие боли в эпигастрии и правом подреберье, а также использовали спазмолитики и ферменты. При УЗИ размеры гепатикохоледоха составляли от 0,6 до 1,0 см. исследование внутрипротоковой желчи показало наличие в ней кристаллов холестерина (1-я и 2-я стадии развития) у 6 пациентов, при этом импеданс желчи составлял $36,2 \pm 3,3$ Ом с коэффициентом литогенности 54 ± 20 , что указывало на повышенную литогенность протоковой желчи. Всем этим больным, учитывая отсутствие клинической симптоматики, назначена консервативная терапия с использованием препаратов для литолиза (урсосан, урсофальк).

У 4 пациентов при микроскопии желчи кристаллических структур не выявлено, низкочастотный импеданс находился в пределах нормы и составлял $22 \pm 3,0$.

Из больных контрольной группы отдалённые результаты оказались «неудовлетворительными» у 5 из них, все они жаловались на постоянные боли в правом подреберье, тошноту, горечь во рту. При УЗИ у них были обнаружены

мелкие конкременты в полости желчного пузыря от 0,3 до 0,4 см, с утолщенной стенкой до 0,5 см. Всем им была предложена госпитализация для выполнения плановой ЛХЭ.

У всех 18 пациентов (52,94%), которым ранее была выполнена частичная ПСТ, получены «хорошие» (16) и «удовлетворительные» (2) результаты. Пациенты с «хорошими» результатами жалоб не предъявляли, тогда как с «удовлетворительными» результатами предъявляли жалобы на дискомфорт в правом подреберье или во всех отделах живота, чётко не связанные с приёмом пищи и купирующиеся приёмом спазмолитиков или ферментосодержащих препаратов. По результатам УЗИ билиарной зоны диаметр гепатикохоледоха остался неизменённым или незначительно сократился по сравнению с данными УЗИ перед выпиской. У 3 человек (16,67%) обнаружены признаки аэробилии, конкрементов в просвете желчевыводящих путей выявлено не было. В результате дуоденоскопии эндоскопом с боковой оптикой было установлено, что у всех пациентов, перенёсших ЭПСТ, зона рассеченного БДС частично уплощена, устье холедоха находится на уровне слизистой 12-перстной кишки, при этом диаметр устья холедоха составил 0,2-0,3 см, а протяжённость части сохранённого интрамурального сфинктера составила в 88% случаев 0,5-0,7см. После канюлизации гепатикохоледоха стерильным катетером выполнялась аспирация внутрипротоковой желчи с последующей микроскопией осадка по известной методике и импедансометрией.

У 16 больных при микроскопии протоковой желчи кристаллы в последней отсутствовали, а низкочастотный импеданс соответствовал значению в контрольной группе, тогда как у 3 пациентов выявлены при микроскопии желчи в одних случаях менее 10 кристаллов в препарате (1-я стадия), в других от 10 до 25 (2-я стадия) кристаллов. При этом импеданс желчи увеличивался и, соответственно возрастал коэффициент литогенности желчи. Всё это наряду с клиникой свидетельствовало о продолжении течения микрохоледохолитиаза. После завершения исследования всем 3 пациентам даны рекомендации по дальнейшему лечению (урсофальк, спазмолитическая и ферментная терапия).

У 16 пациентов (47,06%) пациентов 2 группы, которым не была выполнена ранее ЭПСТ, а в качестве терапии все они получали урсосан 15 мг/кг веса + спазмолитики и ферментосодержащие препараты, только у 6 больных получены «хорошие» результаты. Ещё у 2 пациентов результаты оценены как «удовлетворительные», на протяжении этого времени практически чувствовали себя хорошо, однако после погрешности в диете отмечали умеренные боли в правом подреберье и эпигастрии, тошноту, отрыжку горечью. Все вышеперечисленные симптомы проходили сразу же после приёма спазмолитиков и ферментов. Однако у 8 больных, которые всё это время получали

консервативную терапию, мы расценили результаты лечения как неудовлетворительные. У них всё время сохранялся слабовыраженный болевой синдром, тошнота, горечь во рту, а у 2 пациентов отмечались умеренная гипербилирубинемия. Также следует отметить, что 3 больным потребовалась госпитализация для тщательного дообследования. При ЭРХПГ умеренное расширение гепатикохоледоха выявили у всех 8 пациентов, причём у 3 из них диаметр составил 1,2 см и отмечались признаки папиллостеноза. Достоверных признаков холедохолитиаза не было выявлено ни у одного больного.

Всем больным 2 группы также были выполнены импедансометрия и микроскопия внутрипротоковой желчи.

Расценивая микрохоледохолитиаз как раннюю стадию холелитиаза, наличие болевого синдрома плохо купирующегося приёмом спазмолитиков, эпизоды механической желтухи в анамнезе и рецидивирующего панкреатита, расширение холедоха – 8 пациентам выполнена ЭПСТ, при этом у 2 больных отмечалось выделение желчной замазки. При контрольном исследовании осадка внутрипротоковой желчи, которая была взята у больных перед выпиской из стационара, у всех пациентов при микроскопии визуализировались лишь «единичные» пластинки холестерина, свидетельствующие об изменении коллоидного состава желчи. Все пациенты в удовлетворительном состоянии были выписаны на амбулаторное лечение.

Анализ наших результатов показал, что несмотря на имеющиеся трудности в диагностике микрохолелитиаза (микролиты менее 3 мм), используемые методы диагностики микрохолелитиаза, такие как импедансометрия и поляризационная микроскопия желчи, позволяют с высокой степенью достоверности диагностировать ранние стадии развития холелитиаза и назначать этим больным своевременно как консервативное, так и хирургическое лечение. При ненарушенной функции желчного пузыря в лечении микрохолецистолитиаза в начале вполне оправдано проведение консервативной терапии с использованием препаратов урсодезоксихолевой кислоты в течении 6 месяцев. При неэффективности литолиза и прогрессировании холецистолитиаза показано хирургическое лечение – ЛХЭ с целью предупреждения грозных осложнений данной патологии. У всех наших пациентов с микрохоледохолитиазом лучшие результаты получены там, где была выполнена сразу на первом этапе лечения ЭПСТ. У всех больных с микрохоледохолитиазом после выполненной ЭПСТ не было выявлено случаев рецидива заболевания в отдалённые сроки наблюдения, а клинико-анкетные результаты являются «хорошими» и «удовлетворительными». Микроскопия и импедансометрия протоковой желчи наиболее точно отражают как химическую структуру кристаллов, так и их степень насыщенности. Информация, полученная методом светооптической микроскопии, может быть

использована в качестве важнейшего критерия при определении показаний как к литолизу, так и эндоскопическим вмешательствам.

*А.Ф. Шульга, Л.В. Потапов, А.А. Протасов,
О.В. Полиглоттов, Н.Н. Свистунов, Р.В. Тонэ*

ПРОГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ ВЫЯВЛЕНИЯ НАЧАЛЬНЫХ СТАДИЙ РАЗВИТИЯ И ПРОГРЕССИРОВАНИЯ ХОЛЕЛИТИАЗА

*Санкт-Петербургский государственный медицинский университет
им. академика И.П. Павлова*

В клинике общей хирургии СпбГМУ им. акад. И.П. Павлова были обследованы 48 больных с подозрением на микрохолелитиаз.

Основные факторы риска, выявленные у обследованных нами пациентов: хронический бескаменный холецистит у 36 (75%); дискинезия желчевыводящих путей - у 4 (8,3%); холестероз желчного пузыря – у 8 (16,7%); женский пол – 41 (85,4%); ожирение – 22 (45,8%); повторнородящие - 32 (66,7%); возраст старше 50 лет - 28 (53,8%); малоподвижный образ жизни - 36 (75,0%); наследственная отягощенность по холелитиазу - 9 (18,7%); гиперлипидемия – 11 (22,9%); дисбактериоз – 8 (16,7%), запоры – 10 (20,8%); мочекаменная болезнь – 6 (12,5%); сахарный диабет - 5 (10,4%).

Клиническая картина при начальной стадии холелитиаза весьма разнообразна и не имеет специфической симптоматики. Чаще всего больные жалуются на боли в правом подреберье, связанные с погрешностью в питании, горечь во рту и другие симптомы (тошнота, дискомфорт в правом подреберье, отрыжка, неустойчивый стул).

Болевой синдром в правом подреберье, дискомфорт в эпигастральной области был выявлен у 65% больных, ощущение горечи во рту у 20% пациентов, а сочетание боли в правом подреберье с ощущением горечи во рту у 12% больных. В остальных 3% случаев преобладали другие диспепсические симптомы (тошнота, отрыжка, изжога, нарушение стула).

Таким образом, основными клиническими симптомами у наших пациентов были проявления в виде боли и дискомфорта в правом подреберье, а так же ощущение горечи во рту.

Особое значение в диагностике микрохолелитиаза на первом этапе обследования придавали трансабдоминальной ультрасонографии (ТУС). Исследование проводилось на аппаратах фирмы SONY, Aloka, Logic400. Исследование проводили в положении больного на спине, левом боку и после перемены положения. С