

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

помощью УЗИ изучали состояние стенки желчного пузыря (наличие холестероза или воспаления), а также различные варианты билиарного сладжа.

Диагностика билиарного сладжа довольно сложна, т.к. при исследовании выявляются различные варианты: от образования сгустков экзогенной желчи, иногда симулирующих опухолевидное образование, до появления замазкообразных частиц. Наличие замазок в желчи часто затрудняет точную диагностику, т.к. она либо симулирует конгломераты мелких или средних конкрементов, либо «склеивает» конкременты, затрудняя их визуализацию.

У наибольшего количества пациентов (22) при УЗИ определялись варианты образования микролитов, тогда как формирование сгустков и замазки в желчном пузыре отмечено у 15 больных. Еще у 8 больных эхографическую картину мы расценили как формирование холестероза желчного пузыря.

С помощью трансабдоминального УЗИ сократительную способность желчного пузыря оценивали по изменению его размеров до и после желчегонного завтрака (200 мл сливок 20% жирности). Измерение производили натощак, а затем после желчегонно завтрака через 45 минут. При ненарушенной моторике желчного пузыря его объем после пробного завтрака уменьшался на 1/3. Такую картину мы наблюдали у 6 (12,5%) пациентов I группы. У 33 (68,75%) больных отмечен гипокинетический тип дискинезии, так как объем желчного пузыря уменьшался на меньшую часть объема. Еще у 9 (18,75%) пациентов отмечен гиперкинетический тип дискинезии с сокращением объема пузыря более чем на 1/2.

Следует отметить, что гипомоторный тип дискинезии желчного пузыря был выявлен практически у всех пациентов с предполагаемым микрохолелитиазом, а также у 3 пациентов с холестерозом желчного пузыря, тогда как гипермоторный тип дискинезии отмечен только у больных с ДВЖП и холестерозом желчного пузыря.

В нашей работе мы использовали импедансометрию и поляризационную микроскопию желчи, для диагностики начальной стадии развития микрохолелитиаза, которые позволяли обнаруживать как жидкокристаллические, так и твердокристаллические структуры, определяющие степень литогенности желчи.

Первую группу составили практически здоровые добровольцы (контрольная группа). Из полученных данных следует, что при гипомоторной функции желчного пузыря у больных с начальной стадией холелитиаза (формирование сладжа и холестероза) достоверно установлены более высокие значения электрического импеданса желчи, при этом возрастает коэффициент литогенности. У больных с гиперкинетическим вариантом дисфункции желчного пузыря показатели значения электрического импеданса уменьшаются, соответственно уменьшается коэффициент литогенности. Кристаллографическая картина исследуемой желчи у пациентов этой группы позволяет с высокой достоверностью диагностировать дестабилиза-

цию желчи, для которой характерно образование жидко- и твёрдокристаллических структур и их последующий рост (микролиты - макролиты).

Для оценки местного гуморального иммунитета у обследованных больных определяли концентрацию иммуноглобулинов (Ig A, Ig M, Ig G) в желчи методом радиальной иммунодиффузии в геле по Манчини. Метод основан на измерении диаметра кольца преципитации, образующегося при внесении исследуемой желчи в лунки, вырезанные в слое агара, в котором предварительно диспергированна моноспецифическая антисыворотка.

В норме концентрация Ig A составляла $0,025 \pm 0,002$ г/л. У больных групп риска по холелитиазу и больных хроническим калькулёзным холециститом установлено статистически достоверное ($P < 0,05$) повышение показателей по сравнению с контролем. Концентрация Ig M в пузырной желчи в норме $0,061 \pm 0,012$ г/л. У больных, отнесённых к группе риска по ЖКБ отмечалось повышение среднего значения показателя до $0,081 \pm 0,009$ г/л. Но различия были статистически не достоверными. У пациентов страдающих хроническим калькулёзным холециститом концентрация Ig M составила $0,124 \pm 0,02$ и достоверно отличалась от контроля ($p < 0,001$). При исследовании концентрации Ig G в пузырной желчи установлено, что у практически здоровых (контрольная группа) среднее значение показателя составило $0,064 \pm 0,008$ г/л. У больных группы риска по ЖКБ и у больных с хроническим калькулёзным холециститом отмечалась тенденция к повышению концентрации Ig G. В ряде случаев наиболее информативным при изучении показателей гуморального иммунитета является оценка соотношения классов иммуноглобулинов A, M, G. В наших наблюдениях в пузырной желчи в контрольной группе соотношение Ig A, Ig M, Ig G составило 1:2,3:2,4.

У больных группы риска по ЖКБ - 1 : 2,3 : 1,98, а у пациентов с хроническим калькулёзным холециститом это соотношение составило 1 : 3,2 : 2,1. Это свидетельствовало об ответной реакции иммунной системы на воспаление, что проявлялось в повышении продукции Ig M при хроническом калькулёзном холецистите.

Анализируя полученные данные необходимо отметить, что повышение концентрации Ig A, Ig M, Ig G в пузырной желчи больных указывает на воспаление желчного пузыря, как фактора дестабилизации коллоидного состояния желчи. Всем больным с установленным диагнозом микрохолелитиаза была назначена консервативная терапия, включающая в себя назначение литолитической терапии препаратом «Урсосан» (урсодезоксихолевой кислоты) в стандартной дозе 10 мг на 1 кг массы тела. Так же больные получали спазмолитическую и ферментативную терапию. Срок лечения составил 6 месяцев. Побочных эффектов за все время лечения не отмечено.

Для оценки риска развития холелитиаза использовали метод определения

вероятности заболевания на основе формулы Байеса.

Был произведен анализ 29 показателей полученных при изучении клинико-анамнестических данных и результатов дополнительных методов исследования.

Для каждого показателя весь ряд значений был разделен на диапазоны, была определена их диагностическая значимость путем вычисления непараметрического критерия, отражающего величину расхождения распределений выражаемой в численной форме, которую мы именовали диагностическим баллом (ДБ).

Вероятность патологического состояния у каждого больного определяется суммированием ДБ каждого признака. Полученная сумма ДБ (СДБ) со знаком «-» или «+» отражает вероятность течения патологического процесса у больного.

В результате была подтверждена диагностическая ценность только 14 из изученных признаков, имеющих значение для оценки риска развития и прогрессирования холелитиаза.

В результате статистической обработки результатов обследования 48 пациентов с микрохолелитиазом были получены следующие результаты. У 29 из них за время наблюдения развился холецистолитиаз, у 19 отмечено выздоровление.

Суммы баллов распределились следующим образом. У 26 из 29 больных, у которых развился холелитиаз сумма баллов была >0 , только у трех сумма баллов была равна -1. Среднее значение суммы баллов = $+2,9+0,5$.

У 18 из 19 больных с улучшением (выздоровлением) сумма баллов была <0 , и только у одного больного составила +3. Среднее значение = $-5,8+0,7$.

С увеличением балла повышается вероятность развития холелитиаза, что видно из анализа непосредственных и отдаленных результатов лечения этой группы больных. Считали, что при сумме баллов ниже -2 риск развития холелитиаза минимальный, при сумме баллов от -2 до 0 — небольшой, от 0 до +2 — средний, более +2 — высокий.

Возможности диагностической таблицы были протестированы на независимой группе из 19 пациентов, которые обратились для обследования и лечения с клинической картиной хронического безкаменного холецистита. Из них у 7 больных в последствии развился холецистолитиаз, они были оперированы, у 12 наступило значительное улучшение и им было продолжено консервативное лечение.

Значения диагностических баллов среди этих больных распределились следующим образом. У 7 больных с неэффективной консервативной терапией ДБ колебался от 0 до +3, в среднем был $+1,2+0,7$. У остальных 12 больных ДБ был от +1 до -3, средний $-1,4+0,3$ ($p<0,01$).

Из представленных данных следует, что использование диагностической таблицы для диагностики риска развития холецистолитиаза оказалось достаточно эффективным. Ни у одного больного с ДБ <-1 не развился холецистолитиаз. В диапазоне значений ДБ -1 — 0 можно считать диапазоном риска, а при значениях

ДБ > +1 вероятность холецистолитиаза следует считать высокой.

Однако необходимо учитывать, что у 41% больных с положительным результатом лечения была ложно положительная (гипер) диагностика вероятности развития холелитиаза.

Для оценки результатов консервативного лечения у 10 больных была исследована возможность использования диагностической таблицы для оценки эффективности консервативной терапии микрохолллитиаза. Больным был рассчитан ДБ до и после курса стандартной консервативной терапии.

Значения ДБ перед курсом лечения колебались от -2 до +3, средний $-1,5 \pm 0,9$. После 6-ти месячного курса лечения ДБ был от -7 до +2, средний $-4,5 \pm 1,1$ ($p < 0,05$).

У двух больных с положительным баллом до и после курса консервативного лечения развился холецистолитиаз. Они были прооперированы в плановом порядке. У остальных пациентов было отмечено выздоровление, которое сопровождалось снижением ДБ.

Таким образом, разработанная система прогнозируемая вероятности развития микрохолелитиаза позволяет своевременно выбрать оптимальную лечебную тактику (как консервативную, так и хирургическую), тем самым предупредить развитие опасных и грозных осложнений холелитиаза.

А.М. Савинцев, А.В. Малько

МАЛОИНВАЗИВНЫЙ ОСТЕОСИНТЕЗ ПЕРЕЛОМОВ ПРОКСИМАЛЬНОГО ОТДЕЛА БЕДРЕННОЙ КОСТИ КОНСТРУКЦИЕЙ PFNA В УСЛОВИЯХ ОСТЕОПОРОЗА

СПб ГБУЗ «Городская Покровская больница»
Санкт-Петербург, Россия, andreimalko@gmail.com

Цель: улучшить прочность фиксации костных отломков при остеопорозе при малой инвазивности хирургического вмешательства.

Материал и методы: Показаниями для оперативного лечения явились переломы проксимального отдела бедренной кости типов 31-A1, 31-A2, 31-A3 (по классификации АО). По настоящее время нами прооперировано 73 пациентов с использованием PFNa. Средний возраст пациентов составил 77,6 лет (максимальный возраст – 99 года, минимальный - 37 лет). Женщины составили 77% (56 больных), мужчины – 23% (17 больных).

Результаты и обсуждение: Основной задачей остеосинтеза PFNa создание высокой стабильности и надежности остеосинтеза с сохранением опорной и двигательной функции конечности и восстановлением мобильности