

Е.А. Губик

**ВЛИЯНИЕ УРОВНЯ БИЛИРУБИНА У БОЛЬНЫХ С МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХОЙ
НА МИНЕРАЛЬНУЮ ПЛОТНОСТЬ КОСТНОЙ ТКАНИ***ГОУ ВПО Читинская государственная медицинская академия Росздрава (Чита)*

При механической желтухе, в условиях исключения желчи из процессов пищеварения, развивается напряжение в кальциевом обмене, которое влияет на минеральную плотность костной ткани. Это обусловлено, в частности, токсическим влиянием прямого билирубина на остеобласты. В современной литературе имеется недостаточно сведений о влиянии уровня билирубина на степень минерализации костей.

Целью данного исследования явилось изучение состояния минеральной плотности костной ткани у больных с механической желтухой различной степени выраженности.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В исследование были включены 26 больных с механической желтухой различного генеза, возраст обследуемых варьировал от 26 до 70 лет (средний возраст — $56,61 \pm 2,70$ года). Все больные имели выраженные нарушения билирубинового обмена с показателями общего билирубина от 80 до 483 мкмоль/л и прямого — от 64 до 305 мкмоль/л.

В качестве результатов контрольной группы использованы данные, полученные при обследовании 26 человек в возрасте от 25 до 70 лет (средний возраст — $47,98 \pm 3,03$ года) без патологии гепатобилиарной системы с уровнем билирубина, не превышающим нормальные показатели.

Всем пациентам проводили измерение минеральной плотности костной ткани методом рентгеновской денситометрии. Измерение плотности костной ткани тазобедренного и лучезапястного суставов, поясничного сегмента позвоночника ($L_1 - L_4$) осуществлялась на денситометре фирмы «Hologic». Производили вычисление среднего показателя минеральной плотности костей (BMD), оценивали T- и Z-критерии.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

В основной группе больных отмечалось снижение минеральной плотности костной ткани в 15 случаях (57,6 %) с показателем T от $-1,0$ до $-3,2$ (среднее значение T-критерия — $-1,95 \pm 0,16$). Причем на долю остеопении приходилось 42 %, явления остеопороза были отмечены у 15 % пациентов. Установлено, что нарушения минерализации нарастали с повышением концентрации общего и прямого билирубина плазмы крови. Так, из 15 больных с нарушенной плотностью костей у трех (11,5 %) уровень общего билирубина составил до 100 мкмоль/л, прямого — до 50 мкмоль/л, а у 12 (46,1 %) больных общий билирубин превышал 100 мкмоль/л, прямой — свыше 50 мкмоль/л.

В группе клинического сравнения в 84 % (22 наблюдения) все показатели рентгеноденситометрического обследования находились в пределах нормы. Лишь в 4-х (у лиц старше 60 лет) была выявлена остеопения с T-критерием от $-1,3$ до $-2,1$ (среднее значение T-критерия составило $-1,65 \pm 0,15$), что, вероятно, объясняется влиянием возраста.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, при механической желтухе регистрируется выраженное снижение минеральной плотности костной массы, степень которого зависит, в том числе, от концентрации общего и прямого билирубина плазмы крови и, соответственно, от степени выраженности желтухи.

Е.А. Губик

**ИЗУЧЕНИЕ ВЛИЯНИЯ ДЛИТЕЛЬНОСТИ ЖЕЛЧЕПОТЕРИ НА МИНЕРАЛИЗАЦИЮ
КОСТЕЙ В УСЛОВИЯХ ХИРУРГИЧЕСКОГО СТАЦИОНАРА***ГОУ ВПО Читинская государственная медицинская академия Росздрава (Чита)*

Длительная потеря желчи приводит к нарушению минерализации костной ткани, что регистрируется при проведении рентгеноденситометрического исследования различных зон скелета у больных с длительно функционирующими желчными свищами. Вместе с тем, специальных исследований, направленных на изучение состояния минеральной плотности костной ткани у больных, проходящих хирургическое лечение с использованием наружного дренирования желчевыводящих путей, недостаточно.

Целью данного исследования явилось изучение состояния минеральной плотности костной ткани у больных с наружным транспеченочным дренированием желчных протоков при полном нарушении поступления желчи в двенадцатиперстную кишку.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В исследование были включены 16 пациентов в возрасте от 34 до 68 лет (средний возраст обследуемых составил $51,44 \pm 2,30$ года) с наружным транспеченочным дренированием желчных протоков, которые получали лечение в хирургическом стационаре по поводу полной окклюзии желчевыводящих путей различного генеза. Ежесуточная потеря желчи у исследованных больных составляла от 100 мл до 1,5 литров. У всех обследуемых были исключены другие заболевания или прием лекарственных препаратов, которые могли спровоцировать напряжение в кальциевом обмене и привести к снижению минеральной плотности костной массы.

Исследование проводили методом рентгеновской абсорбциометрии с использованием современного денситометра фирмы «Hologic», разрешающая способность выявления отклонений минеральной плотности костной ткани от нормы которого составляет 1 %. Изучение минеральной плотности костей всем больным проводили по трем зонам скелета: поясничный отдел позвоночника, проксимальный отдел бедренной кости, лучезапястный сустав. Производили регистрацию среднего показателя минеральной плотности костей (BMD), оценивали T- и Z-критерии.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

При длительности желчеистечения менее 2-х недель изменений минеральной плотности костной ткани обнаружено не было. Через 2–4 недели после наружного дренирования желчевыводящих путей T-критерий всех обследуемых зон варьировал от 0,8 до –3,3 (среднее значение T-критерия составило $-1,9 \pm 1,78$), при этом признаки нарушения минерализации были отмечены у 2-х пациентов (12,5 %). В течение 1–2 месяца после желчеистечения T-критерий у обследуемых больных составил от –2,1 до –2,2 (T-среднее $-2,15 \pm 0,03$). Снижение плотности костей были выявлены у 2 обследуемых (12,5 %). При дренировании желчных протоков свыше 2-х месяцев явления остеопении и остеопороза были зарегистрированы в 8 наблюдениях (50 %) с T-критерием от 0,2 до –2,6 (T-среднее равно $1,63 \pm 0,27$).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, установлено, что при полном исключении желчных кислот из процессов пищеварения и потере минеральных солей с желчью развивается выраженное снижение плотности костной ткани, которое проявляется в ранние сроки.

А.В. Гурулев, Н.Н. Цыбиков, Д.Г. Болотова, А.В. Дрокова

ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ЛЕГКИХ И ПЛЕВРЫ – ОДНА ИЗ НАИБОЛЕЕ СЛОЖНЫХ ПРОБЛЕМ ТОРАКАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ

Городская клиническая больница № 1 (Чита)

В настоящее время наблюдается постоянный рост количества больных с острыми заболеваниями лёгких. Это связано с возрастающим загрязнением окружающей среды, широким нерациональным использованием антибиотиков, бытовой аллергией, курением, неблагоприятными социальными факторами. Относительное учащение за последние годы различных форм эмпиемы плевры, тяжесть этого заболевания делают эту проблему лечения таких больных весьма актуальной.

На базе Городской клинической больницы № 1 г. Читы в период 2000–2006 гг. лечилось 224 больных с эмпиемой плевры. Средний возраст их составил 38 лет. Соотношение мужчин и женщин 7:3. Длительность заболевания колебалась от 2 до 5 недель. Большинство больных поступали из терапевтических стационаров после длительного безуспешного медикаментозного лечения с выраженной клинической картиной плеврального нагноения и тяжелой гнойной интоксикацией.

Абсцессы легкого, осложненные эмпиемой плевры, могут протекать по плевральному или плеврально-легочному типу. При плевральной форме (у 139 больных – 62,1 %) после опорожнения в плевральную полость абсцесс заживал с развитием очагового фиброза, и течение заболевания определялось эмпиемой плевры. При плеврально-легочной форме (у 85 больного – 37,9 %) в легочной ткани оставались выраженные деструктивные изменения, которые являлись причиной более упорного и тяжелого течения заболевания, и требовалась длительная предоперационная подготовка.

Лечение начинали с плевральных пункций и закрытого дренирования плевральной полости с последующим фракционным или постоянным промыванием ее растворами антисептиков. При-