

7. Климов И.А. Острые пероральные отравления уксусной кислотой // Военно-медицинский журнал. — 1991. — № 11. — С. 38-41.
8. Лужников Е.А. Эндотоксикоз при острых экзогенных отравлениях. — М., 2008. — 200 с.

9. Joiner T.E. The psychology and neurobiology of suicidal behavior // Annual review of psychology. — 2005. — Vol. 56. — P. 287-314.
10. Kim K.S. Optimization of chronic stress paradigms using anxiety- and depression-like behavioral parameters // Journal of Neurosciences researches. — 2006. — Vol. 83, № 3. — P. 497-507.

Адрес для переписки: 664003, г. Иркутск, ул. Красного Восстания, 1, ИГМУ,
Шашкова Ольга Николаевна — к.м.н., ассистент кафедры анатомии человека, тел. (3952) 240772;
Зобнин Юрий Васильевич — к.м.н., доцент кафедры внутренних болезней с курсами ПП и ВПТ

© КОНОВАЛОВА О.Г., ХАНИНА Ю.С., АНОХИНА М.А., СОЛОПОВА М.М. — 2009

КОМПЛЕКСНАЯ ДИАГНОСТИКА ЦИРРОЗОВ ПЕЧЕНИ

О.Г. Коновалова, Ю.С. Ханина, М.А. Анохина, М.С. Солопова

(Читинская государственная медицинская академия Росздрав, г. Чита, ректор — д.м.н., проф. А.В. Говорин)

Резюме. Целью нашего исследования явилось изучение комплекса наиболее информативных методов в ранней диагностике циррозов печени. Объектом исследования послужили 98 пациентов МУЗ «Городская клиническая больница № 1», г. Читы за период с 2004-2008 г. с диагнозом цирроз печени. Всем пациентам выполнялась диагностическая лапароскопия с термометрией печени, а также проводился биохимический анализ крови с определением уровня альбуминов и гамма-глобулинов, с последующим клинико-морфологическим и статистическим анализом полученных результатов. Выявлено, что комплексное применение инструментальных и лабораторных методов позволяет с высокой точностью диагностировать цирроз печени, еще на ранней стадии его прогрессирования.

Ключевые слова: цирроз печени, диагностическая лапароскопия, термометрия, «холодный» очаг, электротермометр.

COMPLEX DIAGNOSIS OF CIRRHOSIS

O.G. Konovalova, Yu.S. Chanina, M.A. Anohina, M.S. Solopova
(Chita State Medical Academy, Chita)

Summary. The study purpose is an analysis of the most informative complex methods in incipient diagnostics of cirrhosis. 98 patients (diagnosis- cirrhosis) of the Regional Clinical Hospital № 1 were study's objects during 2004-2008. All the patients were examined by a diagnostic laparoscopy with liver thermometry and underwent a medical examination such as biochemical haemanalysis with defining levels of albumin, gamma globulin, total bilirubin, alcalotic phosphatics and transaminase. The examination was followed by a clinical-morphological and statistic analysis of the results received. It is detected that complex implication of instrumental and laboratorial methods can diagnose cirrhosis with an exact accuracy even on incipient stage of its progressing.

Key words: cirrhosis, diagnostics laparoscopy, thermometry, «cold» center, electrothermometer.

Цирроз печени рассматривается как диффузный патологический процесс, протекающий с разрастанием соединительной ткани (фиброзом) и образованием структурно-аномальных регенераторных узлов. В связи с растущей алкоголизацией населения, распространением наркомании и больных с парентеральными вирусами гепатита (В, С, Д), создаются условия для значительного увеличения количества больных с циррозом печени [4].

Клинические проявления цирроза печени достаточно разнообразны и в основном определяются особенностями этиологических факторов, степенью активности процесса, функциональными изменениями печени, а также развитием портальной гипертензии. Известно, что цирроз печени может впервые проявить себя как острый гепатит или протекать как хроническое активное поражение печени, с другой стороны может в течение длительного промежутка времени протекать бессимптомно и впервые манифестировать осложнениями: кровотечениями из варикозно-расширенных вен пищевода, асцитом или развитием гепатоцеллюлярной недостаточности [3]. Все это приводит к тому, что у многих больных заболевание диагностируют лишь при развитии осложнений или выраженных обострений болезни в терминальной стадии. Наиболее сложны в дифференциальной диагностике с острым гепатитом высокоактивные формы цирроза (подострые и быстро прогрессирующие); малоактивные формы цирроза печени в основном протекают бессимптомно, не привлекая внимания больного и врача. Таким образом, возникает необходимость использования комплекса наиболее информативных методов: инструментальных, лабораторных — для оценки степени развития патологического процесса еще на ранней стадии, что

в свою очередь, создает условия для замедления прогрессирования заболевания и продления жизни больного.

Целью нашего исследования явилось изучение наиболее информативных методов диагностики цирроза печени.

Материалы и методы

Исследования были проведены в двух группах за период с 2004 по 2008 года. В первой группе (65 человек) не было визуальных и клинико-лабораторных изменений со стороны печени. Женщины составили 58,5%, мужчины — 41,5%, возраст колебался от 32 до 68 лет. Во вторую группу были включены 98 пациентов с диагнозом цирроз печени, в возрасте от 36 до 72 лет, из них мужчин было 64,3%, а женщин — 35,7%. Средний возраст больных составил 52,4±15,6 года. Всем больным с целью верификации диагноза проводилась диагностическая лапароскопия в сочетании с термометрией поверхности печени на аппаратуре с инструментарием фирм «Auto Suture» (США), «Karl Storz» (Германия), «Эндомедиум» (Казань), а также биохимический анализ крови с определением уровня билирубина, активности ферментов (трансаминаз и щелочной фосфатазы), гаммаглутамат-транспептидазы (ГГТП), концентрации альбуминов, гамма-глобулинов. Анализ полученных данных проведен с помощью методов вариационной статистики с определением различий по t-критерию Стьюдента и Уайта. Диагностическую лапароскопию проводили по стандартной методике [1]. Для термометрии использовали изготовленный совместно с лабораторией Забайкальского института транспорта электротермометр.

После введения троакаров проводили контактную термометрию поверхности правой доли печени. Интервал времени, необходимый для нагревания прибора, зависел от температуры окружающей среды, при использовании его в условиях стабильного температурного режима (операционной), не превышал 60 секунд.

Для объективизации полученных данных мы сопоставляли температуру поверхности печени с температурой в области печеночно-двенадцатиперстной связки (ПДС) и подмышечной впадины (ПВ). В норме температура печени составила $37,3 \pm 0,29$. Температура ПДС $37,61 \pm 0,41$, температура ПВ $36,68 \pm 0,25$. При циррозе печени температура снижена и составляет $35,67 \pm 0,31$, $37,25 \pm 0,47$ и $36,45 \pm 0,36$ соответственно.

Во время проведения лапароскопического вмешательства, помимо измерения температуры поверхности печени, проводилась прицельная биопсия наиболее «проблемных» зон печени с последующим гистологическим анализом биоптатов [2, 3].

Результаты и обсуждение

За период с 2004 по 2008 года в МУЗ «ГКБ № 1», г. Читы было проведено около 3500 лечебно-диагностических лапароскопических вмешательств, из них на долю цирроза печени пришлось 2,8%, причем за указанный период времени, заболеваемость циррозом печени постепенно возрастала с 2,4% до 3,6% (рис. 1).

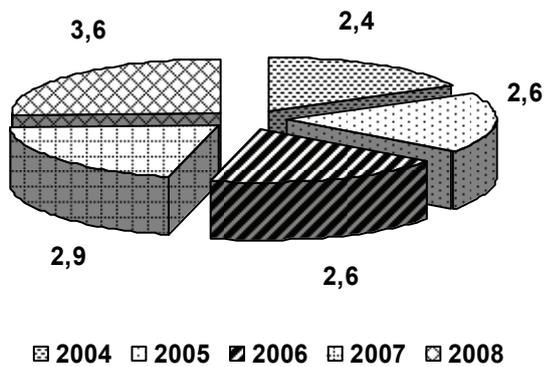


Рис. 1. Заболеваемость циррозом печени за 2004-2008 года.

У мужчин заболеваемость циррозом печени преобладает в возрастной группе до 40 лет, что составляет — 32%, а у женщин — в старшей возрастной группе — от 40 до 50 лет, что составило 28% и старше 70 лет — 26%. Проведенная диагностическая лапароскопия в сочетании с термометрией, позволила визуально оценить состояние ткани печени и измерить температуру на ее поверхности. В норме температура печени составила $37,3 \pm 0,29$ °C, в то время, как при циррозе отмечается снижение температуры до $35,67 \pm 0,31$ °C (рис. 2).

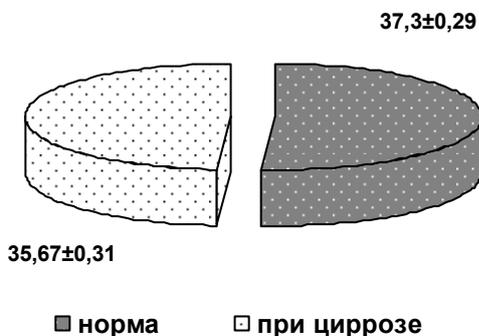


Рис. 2. Температура печени в норме и при циррозе.

Как следует из представленных данных, в группе больных с циррозом печени имеет место статистически значимое снижение температуры поверхности печени

по сравнению с нормой. Указанное обстоятельство, вероятно, связано со значительной перестройкой ткани печени, в результате которой нарушаются соотношения паренхимы и стромы, в пользу последней. Наряду с этим отмечается существенное изменение микроциркуляции, что приводит к заметному снижению температуры ткани печени.

Морфологическая картина печени при диагностической лапароскопии выглядела следующим образом: в большинстве случаев — 56% печень была увеличена в размере, поверхность ее была неоднородная, бугристая за счет узлов до 1 см в диаметре, край печени закруглен. При микроскопическом исследовании биоптатов печени, в большинстве случаев — 63%, были выделены монолобулярные узелки в пределах одной печеночной доли, в них отсутствовали порталы и центральные вены. Узелки были окружены тонкими тяжами соединительной ткани, отмечалась жировая дистрофия гепатоцитов, наличие в них гигантских митохондрий, образование алкогольного гиалина (тельца Маллори), центральный и перигепатоцеллюлярный фиброз, что свидетельствует об алкогольной этиологии цирроза; некроз гепатоцитов, а также лимфоидно-клеточная инфильтрация паренхимы и соединительнотканых септ указывает на активный цирротический процесс (табл. 1).

Известно, что печень играет важную роль в обмене белков, липидов и углеводов. Гепатоциты синтезируют большое количество веществ белковой и небелковой природы, участвуют в метаболизме этих веществ, а также в процессах детоксикации и клиренса эндогенных и экзогенных факторов. В результате поражения печени происходит изменение этих показателей, что находит подтверждение в тестах оценки функций печени. Для диагностики изменений ткани печени, как воспалительной, так и вирусной этиологии проводилось определение уровня билирубина, активности ферментов (трансаминаз и щелочной фосфатазы), концентрации сывороточного альбумина и гамма-глобулина в образцах сыворотки.

Таблица 1

Этиологические факторы цирроза печени

Этиология цирроза	2004 год	2005 год	2006 год	2007 год	2008 год
алкогольный					
Абс. (%)	8 (53%)	13 (72%)	12 (67%)	14 (70%)	19 (70%)
вирусный					
ВГВ абс. (%)	3 (20%)	2 (11%)	1 (6%)	3 (15%)	1 (4%)
ВГС абс. (%)	4 (27%)	3 (17%)	5 (27%)	3 (15%)	7 (26%)

По результатам биохимических показателей в нашей работе у больных с циррозом печени концентрация билирубина в сыворотке крови была повышена в 2 раза, что указывает на блокаду билиарного тракта, в клинике у больных развивается желтуха. Также больным с подозрением на цирроз печени определяли активность двух трансаминаз — аланинаминотрансферазы (АЛТ) и аспартаттранспептидазы (АСТ), которые являются чувствительными, неспецифическими показателями острого поражения гепатоцитов. АЛТ является специфичным индикатором поражения печени, в свою очередь, АСТ более чувствительна, так как содержится в печени в большем количестве. Уровень ферментов АЛТ, АСТ и ГГТП по результатам нашего исследования был повышен в 4; 7,5 и 2 раза соответственно, что свидетельствует об остром поражении гепатоцитов, а повышение активности ГГТП — микросмального фермента, указывает на холестаза и является показателем печеночной недостаточности (табл. 2). Уровень щелочной фосфатазы в сыворотке крови был повышен в 2 раза, что является результатом увеличенного синтеза фермента клетками, расположенными в желчных каналах, в основном в ответ на холестаза.

Таблица 2
Биохимические показатели в норме и при циррозе печени

Показатели	Группа клинического сравнения (n=20)	Группа больных с циррозом печени (n=98)
альбумины	45,0 ± 4,9	30,3 ± 6,4 (p < 0,05)
гамма-глобулины	24,1 ± 3,7	60,0 ± 5,8 (p < 0,05)
АЛТ	20,1 ± 4,8	75,8 ± 56,6 (p < 0,05)
АСТ	18,6 ± 5,1	140,0 ± 92,5 (p < 0,05)
щелочная фосфатаза	100,1 ± 7,5	200,0 ± 3,2 (p < 0,05)
ГГТП	100,0 ± 1,8	200,2 ± 4,2 (p < 0,05)
билирубин	18,4 ± 1,3	33,2 ± 2,1 (p < 0,05)

Определение уровня альбуминов в сыворотке крови — основного белка, синтезируемого печенью, является важным показателем функциональной активности печени. По результатам исследования было выявлено снижение уровня альбуминов, и повышение концентрации гамма-глобулинов, что указывает на снижение синтетической активности печени и развитие цирротического процесса.

Полученные данные свидетельствуют о диагностическом значении комплексного применения лапароскопии в сочетании с контактной термометрией печени, что позволяет не только визуально оценить поверхность печени, но и на ранней стадии прогрессирования заболевания, при отсутствии морфологических изменений поверхности печени, выявить снижение температуры печени, что указывает на цирротический процесс. Лапароскопия, усиленная возможностями биопсии, позволяет получить необходимое количество ткани печени для детальной оценки морфологического субстрата болезни. Окончательный диагноз цирроза печени может считаться полноценным, если имеется подтвержденные данными лапароскопии с термометрией и биопсией печени, с обязательным проведением биохимического анализа крови. Комплексное применение инструментальных и лабораторных методов позволяет с высокой точностью выставить диагноз цирроз печени еще на ранней стадии его прогрессирования, что дает возможность врачу определиться с верной тактикой лечения, замедлить прогрессирование заболевания и тем самым, продлить жизнь больного.

ЛИТЕРАТУРА

1. Калинин А.В. Гастроэнтерология и гепатология: диагностика и лечение / под ред. А.В. Калинина и А.И. Казанцева. — М.: Миклош, 2007 — 602 с.
2. Луцевич О.Э., Галлямов Э.А., Преснов К.С. Сочетанные эндовидеохирургические вмешательства в абдоминальной хирургии // Эндоскопическая хирургия. — 2006. — № 2. — С. 78.
3. Пришвин А.П., Майстренко Н.Л., Сингаевский С.Б. и др. Тактические аспекты при выявлении сочетанной хирургической патологии на этапе диагностической лапароскопии // Эндоскопическая хирургия: матер. IX Всерос. съезда по эндоскопической хирургии. — М., 2006. — С. 106-107.
4. Рахманова А.Г., Яковлев А.А., Виноградова Е.Н. и др. Хронические вирусные гепатиты и цирроз печени. — СПб.: СпецЛит, 2006. — 98 с.

Адрес для переписки: г. Чита, ул. Горького, 39а,

Ханина Юлия Сергеевна — к.м.н. ассистент кафедры факультетской хирургии ЧГМА, тел 26-05-78;
Коновалова О.Г. — ассистент кафедры факультетской хирургии ЧГМА

© КОТЕНКО М.В., ПУШКАРЬ С.С., ХРУШКОВ И.Н., ШАКЕНОВ С.Е., КОЗЛОВ Е.А. — 2009

ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ РАННИХ И ПОЗДНИХ ОСЛОЖНЕНИЙ ИМПЛАНТАЦИИ У 38 ПАЦИЕНТОВ

М.В. Котенко¹, С.С. Пушкарь², И.Н. Хрушков³, С.Е. Шакенов⁴, Е.А. Козлов⁵

(¹Новокузнецкий государственный институт усовершенствования врачей, г. Новокузнецк, ректор — д.м.н., проф. А.В. Колбаско, заведующий кафедрой челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии — д.м.н., проф. В.К. Поленичкин;

²Стоматологическая клиника «ООО «Водолей»», Челябинская обл., с. Еманжелинка;

³МУП «Медико-Санитарная Часть № 2», Красноярский край, г. Норильск;

⁴Стоматологическая клиника «Simon Dent», Республика Казахстан, г. Павлодар;

⁵МЛПУ «Стоматологическая поликлиника», Иркутская область, г. Усолье-Сибирское)

Резюме. Выполнена реимплантация у 38 пациентов с дефектами зубного ряда верхней и нижней челюсти. Проанализированы ошибки, допущенные на хирургическом и ортопедическом этапах лечения, пути их исправления.

Реимплантация выполнена с применением самофиксирующихся дентальных устройств, остеопластических материалов. В 97,2% случаях получены хорошие результаты лечения.

Ключевые слова: реимплантация, особенности протезирования, дентальные имплантаты с эффектом памяти формы.

EXPERIENCE OF TREATMENT OF EARLY AND LATE COMPLICATIONS OF IMPLANTATION IN 38 PATIENTS

M. V. Kotenko¹, S. S. Pushkar², I. N. Hrushkov³, S. E. Shakenov⁴, E. A. Kozlov⁵

(¹State Institute of Physicians' Training, Novokuznetsk;

²Dental Clinic of limited society «Vodoley», Chelyabinsk Region, Emanzhelinka village;

³Medical-Sanitary Department N 2, Norilsk;

⁴Dental Clinic «Simon Dent», Kazakhstan Republic, Pavlodar;

⁵Dental Polyclinic, Usolye-Sibirskoye)

Summary. Re-implantation has been executed in 38 patients with defects of dental rows of upper and/or lower jaws. Errors, committed in the surgical and orthopedic stages of treatment, have been analyzed, and the ways of their correction. Re-implantation has been executed with the application of self-fixating dental devices and osteoplastic materials. Good results of treatment were obtained in 97,2%.

Key words: re-implantation, features of prosthetics, dental implants with the effect of the memory of shape.