

Литература

1. Лусс Л.В. // *Consilium medicum*. — 2002. — Т. 4, № 4. — С. 3–13.
2. Хаитов Р.М., Лусс Л.В., Арипова Т.У и др. // *Аллергия, астма и клиническая иммунология*. — 1998. — № 9. — С. 58–69.
3. Кашкин К.Г. // *Клиническая лабораторная диагностика*. — 1998. — № 11. — С. 21–36.
4. Симбирцев А.С. // *Цитокины и воспаление*. — 2002. — № 1. — С. 9–16.
5. Ярилин А.А. // *Иммунология*. — 1997. — № 5. — С. 7–14.
6. Просекова Е.В. *Иммунотропная терапия при бронхиальной астме у детей и ее фармакоэкономическая оценка* : автореф. дис. ... докт. мед. наук. — Владивосток, 2000.
7. Феденко Е.С., Ильина Н.И. // *Росс. аллергол. журнал*. — 2005. — № 3. — С. 55–68.
8. Фрейдлин И.С., Тотолян А.А. // *Аллергология* / под ред. Г.Б. Федосеева. — СПб. : *Нормед-Издат*, 2001. — Т.1. — С. 169–381.

9. Arshad S.H. *Epidemiology and the prevention of allergy* // *The year in allergy*. — Oxford, 2003. — P. 3–23.
10. Romagnani S. // *Immunol. Today*. — 1997. — Vol. 18. — P. 263–266.

Поступила в редакцию 02.02.2007.

IMMUNE AND CYTOKINE MECHANISMS AT ALLERGIC DISEASES IN CHILDREN
E.V. Prosekova, V.V. Derkach, V.A. Sabynych, T.N. Shestovskaya, Yu.V. Ivanova, S.Yu. Netesova
Vladivostok State Medical University, Far East branch of scientific research institute of clinical immunology Siberian Branch of the Russian Academy of Medical Science, Children's city hospital (Vladivostok)

Summary — The clinical and immune features of the allergic diseases (bronchial asthma, allergic rhinitis, atopic dermatitis) at children in Primorsky Krai were studied. The complex research of immune pathogenesis and cytokine structure was done. It is shown, that system changes in cytokine and immune status have been unidirectional, depend on severity of process and therapy.

Pacific Medical Journal, 2007, No. 2, p. 57–60.

УДК 616.336-002-072.1-089.87

Б.А. Сотниченко, В.И. Макаров, Н.В. Савинцева,
О.В. Перерва, О.И. Щепетильникова

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИЯ ПРИ ДЕСТРУКТИВНЫХ ФОРМАХ ОСТРОГО ХОЛЕЦИСТИТА

Владивостокский государственный медицинский университет

Ключевые слова: желчно-каменная болезнь, острый холецистит, хирургическое лечение.

Значительный прогресс в лечении желчно-каменной болезни в последние годы связан с широким внедрением в клиническую практику эндовидеохирургических методов. В настоящее время вопрос о выборе операции у большинства больных с хроническим калькулезным холециститом практически всегда решается в пользу лапароскопического метода. Вместе с тем к подобным вмешательствам при осложненных формах острого холецистита подавляющее число хирургов относится с большой осторожностью. При длительности заболевания свыше 2–3 суток и поздней обращаемости за медицинской помощью увеличивается риск воспалительных осложнений в зоне желчного пузыря. Объективным фактором, сдерживающим применение лапароскопических вмешательств при осложненном холецистите, является опасность неконтролируемых кровотечений и повреждения внепеченочных желчных протоков, что обусловлено тяжелыми патоморфологическими изменениями в зоне воспалительного инфильтрата и часто требует перехода на лапаротомию. Вышеизложенные факторы склоняют хирургов в подобных случаях к традици-

онным операциям. Однако летальность при открытых вмешательствах здесь остается в несколько раз выше, чем при плановых лапароскопических операциях и достигает 7–13,5% [1, 2, 4]. Высокая летальность при открытых вмешательствах по поводу деструктивного холецистита (ДХ) побуждает все большее число хирургов к эндовидеохирургическому лечению [1–3, 5–11].

Целью настоящего исследования явился анализ результатов эндовидеохирургического лечения осложненных форм холецистолангиолитиаза и выработка наиболее рациональной хирургической тактики.

В клинике факультетской хирургии за последние 5 лет по поводу желчно-каменной болезни при остром и хроническом холецистите произведено 765 лапароскопических холецистэктомий (ЛХЭ). Данная работа основана на оценке результатов лечения 140 больных с осложненными формами холецистолангиолитиаза в возрасте от 18 до 90 лет. Мужчин было 34 (24,3%), женщин — 106 (75,7%). Доля лиц пожилого и старческого возраста составила 66%. Все пациенты были госпитализированы в стационар по экстренным показаниям с направительным диагнозом «Острый холецистит». Время от начала последнего приступа болей в правом подреберье до поступления в стационар составило до 24 часов в 9 случаях (6,4%), до 3 суток — в 28 (20,0%), до 7 суток — в 29 (20,7%). В остальных наблюдениях этот срок оказался больше недели. У лиц пожилого и старческого возраста отмечались следующие сопутствующие заболевания: гипертоническая болезнь (73), ишемическая болезнь сердца (49), сахарный диабет (14), ожирение (36), заболевания легких (2), цирроз печени (2), хронический пиелонефрит (2). Характер и структура осложнений желчно-каменной болезни у наших больных представлены в таблице.

Сочетание двух и более воспалительных осложнений встретилось более чем в половине случаев. Средняя

продолжительность заболевания с момента возникновения приступа болей в правом подреберье до момента госпитализации составила $5,6 \pm 2$ суток.

Диагностика и выбор тактики у больных острым холециститом основывались на клинических проявлениях заболевания, данных лабораторных и инструментальных исследований. Всем пациентам при госпитализации выполнялись фиброгастроуденоскопия, ультрасонография печени, желчевыводящих путей и поджелудочной железы. Производили биохимический анализ крови, оценивали уровень билирубина, его фракций, трансаминаз, щелочной фосфатазы. При решении вопроса о хирургической тактике особое значение придавали динамической ультрасонографии. Поскольку основным патогенетическим моментом ДХ является окклюзия шеечно-дуктального отдела желчного пузыря, выявление при контрольном ультразвуковом исследовании признаков сохраняющейся обтурации рассматривалось как показание к срочной операции даже при клинико-лабораторных признаках купирования приступа. Подобная тактика отработана в течение последних пяти лет, что позволило уменьшить число запоздалых операций при ДХ почти в 5 раз и снизить число послеоперационных осложнений в 4 раза. У 19 пациентов (13,6%) острый ДХ сочетался с механической желтухой, а у 3 из них — с дуктогенным панкреатитом при высоком содержании панкреатических ферментов в крови и моче. Причиной желтухи были холедохолитиаз (15 случаев), стриктура фатерова соска (2 случая) и их сочетание (2 случая). Период от момента госпитализации до ЛХЭ или манипуляций на фатеровом соске использовали для интенсивной предоперационной подготовки, включавшей антибактериальную, инфузионную, кардиотропную и антиферментную терапию. В 3 наблюдениях с дуктогенным панкреатитом и вколоченными конкрементами фатерова соска в первые 12 часов после поступления произведена экстренная эндоскопия, эндоскопическая папиллосфинктеротомия, извлечение конкрементов. У остальных 16 больных с механической желтухой на 2–3-и сутки с момента поступления произведена эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография и папиллосфинктеротомия с экстракцией конкрементов из общего печеночного протока. У шестерых пациентов из этой группы больных в связи с картиной гнойного холангита после экстракции конкрементов выполнено назобилиарное дренирование, санация желчевыводящих путей антибиотиками и водным раствором хлоргексидина. После снижения билирубинемии на фоне интенсивной терапии на 4–5-е сутки была с успехом выполнена ЛХЭ.

В трех случаях при ДХ в связи с тяжелой фоновой патологией (ишемия миокарда и нарушение сердечного ритма) в первые сутки после поступления под контролем ультразвука была наложена чрескожная чреспеченочная холецистостомия. Декомпрессия желчного пузыря и желчевыводящих путей привела к быстрой ликвидации интоксикации и стабилизации гемо-

Таблица

Структура осложнений желчно-каменной болезни

Осложнение	Кол-во наблюдений	
	абс.	%
Деструктивный холецистит, в т.ч. флегмона эмпиема гангрена	133	95,0
	90	64,3
	27	19,3
	16	11,4
Водянка желчного пузыря	7	5,0
Механическая желтуха	19	13,6
Гнойный холангит	6	4,3
Перивезикальный рыхлый инфильтрат	22	15,7
Перивезикальный плотный инфильтрат	39	27,9
Перивезикальный абсцесс	4	2,9
Панкреатит	10	7,1

динамики. После коррекции нарушений гомеостаза и сердечной деятельности была успешно выполнена ЛХЭ. Таким образом, из 140 случаев с осложненными формами холецистохолангиолитиаза одномоментная ЛХЭ выполнена в 118. У 22 больных были предприняты двухэтапные вмешательства — эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография с экстракцией конкрементов и последующей ЛХЭ (19 наблюдений), чрескожная чреспеченочная холецистостомия и ЛХЭ (3 наблюдения).

Непосредственные результаты эндовидеохирургических вмешательств при осложненном холецистите были в целом положительные. Анализ нашего материала показал, что на современном этапе 95% больных с острым холециститом обращается за медицинской помощью слишком поздно и имеют деструктивные формы заболевания, что определяет необходимость активной неотложной хирургической тактики. Следует отметить, что при ДХ и при позднем поступлении в клинику у 35% пациентов локальная симптоматика деструкции желчного пузыря была сглажена: отсутствовала заметная мышечная защита в правом подреберье, была неотчетлива болевая реакция, не контурировался увеличенный желчный пузырь, отсутствовали повышенная температура и симптомы раздражения брюшины. О «скрытом ДХ» писал А.Г. Бебуришвили с соавт. [2] и другие исследователи. Опыт клиники факультетской хирургии убеждает в том, что залогом успеха ЛХЭ при остром холецистите являются два важных фактора: срок с момента начала заболевания до операции и квалификация хирурга.

При оценке возможностей ЛХЭ при остром ДХ нами учитывалась специфика манипулирования в области пузыря, общего печеночного и общего желчного протоков на фоне воспалительного процесса. Так как во всех наблюдениях имелся обтурационный холецистит, всем оперированным после обзорной ревизии брюшной полости и разделения рыхлых сращений для удобства манипуляций осуществлена пункция желчного пузыря. Из 32 случаев со сроком заболевания до

6 суток рыхлый инфильтрат в перипузырной области обнаружен в 22 – 68,8%. Разделение рыхлых сращений крючком или диссектором не вызывало технических трудностей. Повышенная кровоточивость из рыхлых сращений ликвидировалась путем диатермокоагуляции. По нашим данным, формирование плотного инфильтрата в области шейки желчного пузыря, печеночного протока и тотального околопузырного инфильтрата при ДХ происходило, как правило, после 6 суток заболевания (наблюдалось у 39 больных).

В ходе ЛХЭ при плотном инфильтрате возникли технические проблемы, связанные с повышенной кровоточивостью, трудностями визуализации, клипирования и коагуляции сосудов, а также пузырного протока. При разделении плотного инфильтрата чаще пользовались крючком, тупой препаровкой инструментом или марлевым тупфером. Особое внимание в процессе препаровки уделяли соблюдению принципа «парусности», т.е. созданию натяжения тканей путем захвата латеральным зажимом фиксированных к стенке пузыря тканей и органов и отведения их вправо и каудально. Такой прием позволяет определить в натянутых спайках кровеносные сосуды и одновременно максимально отстранить примыкающие к желчному пузырю полые органы. При наличии плотного инфильтрата манипуляции должны основываться на детальной верификации анатомических структур ворот печени, печеночно-двенадцатиперстной связки, сочетании острого разделения тканей с тупой препаровкой. По окончании разделения инфильтрата у хирурга должна быть полная уверенность в надежности гемостаза. Особую сложность вызывает разделение плотного инфильтрата в шеечной части пузыря и треугольника Кало. У всех оперированных мы рассекали поперечно брюшину в области шейки желчного пузыря. После этого захватывали зажимом гартмановский карман и производили тракцию пузыря каудально и латерально, марлевым тупфером отслаивая инфильтрированные ткани и брюшину в сторону печеночно-двенадцатиперстной связки. Выделение пузырного протока всегда начинали с латеральной стенки ввиду редкого расположения в этой зоне пузырной артерии. Затем рассекали брюшину по латеральному краю желчного пузыря до тела последнего. Эта зона наименее опасна для манипуляций, поэтому здесь можно максимально выделить из сращений пузырный проток, а пузырь – из ложа. Следующим этапом было рассечение брюшины в области треугольника Кало, как можно ближе к стенке протока, и выделение пузырной артерии. Считаем более рациональным вначале выделить, клипировать и пересечь пузырную артерию. Этот этап удлиняет время операции на 10–15 мин, но создает неоспоримые преимущества для точной визуализации, дифференцировки и идентификации печеночного и пузырного протоков.

При разделении плотного инфильтрата у 4 больных обнаружен перивезикальный абсцесс. Во всех этих наблюдениях он локализовался в области тела желчного

пузыря. После санации полости абсцесса и подпеченочного пространства водным раствором хлоргексидина осуществлялось дренирование подпеченочного пространства толстым силиконовым дренажем.

У 19 человек, перенесших на первом этапе эндоскопические вмешательства на фатеровом соске, было выполнено дренирование гепатохоледоха через культю пузырного протока по Холстеду – Пиковскому. В 10 случаях была выполнена операционная холангиография.

Однако технические трудности у 5 больных с деструктивными формами острого холецистита (3,6%) не смогли преодолеть возможность ЛХЭ. Произведена конверсия. Причиной перехода на лапаротомию в 4 случаях явился каменистой плотности инфильтрат в области шейки пузыря и печеночно-двенадцатиперстной связки. У одной больной при обзорной лапароскопии при наличии инфильтрата в подпеченочном пространстве обнаружено большое количество серозного выпота в брюшной полости и значительно раздутые гиперемированные кишечные петли. При лапаротомии диагностированы обтурация подвздошной кишки желчным камнем, пузырно-дуоденальный свищ, эмпиема желчного пузыря и перивезикальный абсцесс. Проведены энтеротомия с удалением желчного камня, холецистэктомия с ликвидацией свища, подведение резинового дренажа и тампона к ложу желчного пузыря. Больная поправилась.

Послеоперационные осложнения отмечены в 6 случаях (4,29%): нагноение послеоперационной раны в месте извлечения желчного пузыря (3), послеоперационный панкреатит (1), подпеченочный абсцесс (1). Длительное желчеистечение из ложа желчного пузыря и по дренажу из дренированного по Холстеду холедоха в результате желчной гипертензии наблюдалось у одной больной. При экскреторной ретроградной холангиопанкреатографии у пациентки диагностирована стриктура фатерова соска и наличие дополнительного желчного протока к месту удаленного желчного пузыря (рис.). После эндоскопической папиллосфинктеротомии желчеистечение прекратилось. В одном наблюдении с гангренозным холециститом после ЛХЭ и выписки из стационара на 10-е сутки после операции сформировался подпеченочный гнойник. После повторной госпитализации, чрескожного дренирования гнойника и его санации больной поправился.

Умер один больной (0,7%). Причиной летального исхода явился обширный трансмуральный инфаркт миокарда, развившийся через двое суток после ЛХЭ.

Таким образом, сегодня при наличии подготовленных высококвалифицированных специалистов и соответствующего оборудования эндовидеохирургическое вмешательство следует считать приоритетным направлением в лечении осложненных форм холецистолитиаза. Определяющими факторами успеха ЛХЭ при деструктивных формах острого холецистита являются срок с момента начала заболевания и опыт хирурга. Эндовидеохирургические вмешательства у данной группы больных должны проводиться только

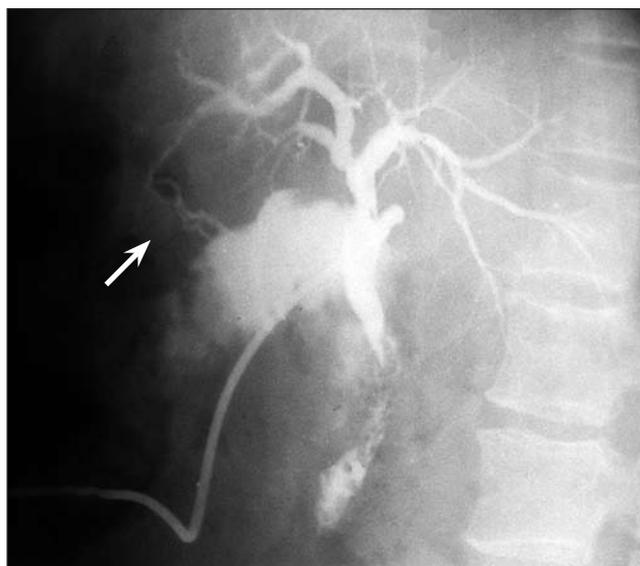


Рис. Послеоперационная фистулограмма.

Структура терминального отдела холедоха: подтекание контраста через дополнительный желчный проток в ложе удаленного желчного пузыря (стрелка).

в дневное время. При выполнении ЛХЭ необходимо помнить, что технические трудности не должны превышать возможности эндоскопической операции, поэтому конверсия в таких случаях является наиболее рациональным решением.

Литература

1. Башилов В.П., Брехов Е.И., Малов Ю.Я. и др. // *Хирургия*. – 2005. – № 10. – С. 40–45.
2. Бебуришвили А.Г., Быков А.В., Зюбина Е.И. и др. // *Хирургия*. – 2005. – № 1. – С. 43–48.
3. Бударин В.И. // *Хирургия*. – 2005. – № 5. – С. 35–38.
4. Затевахин И.И., Цициашвили М.Ш., Дзарасова Г.Ж. // *Вестн. РГМУ*. – 2000. – № 3. – С. 21–26.

5. Сотниченко Б.А., Макаров В.И., Савинцева Н.В. и др. // *Сборник тезисов XIII Международного конгресса хирургов-гепатологов России и стран СНГ*. – Алматы, 2006. – С. 112.
6. Тимошин А.Д., Шестаков А.Л., Колесников С.А. и др. // *Анналы хирургической гепатологии*. – 2006. – Т. 11, № 1. – С. 34–38.
7. Хаджибаев А.М., Алтыев Б.К., Атаджанов Ш.К. и др. // *Анналы хирургической гепатологии*. – 2004. – Т. 9, № 2. – С. 159–160.
8. Ярема И.В., Карцев А.Г., Сергейко А.А. и др. // *Анналы хирургической гепатологии*. – 1999. – Т. 4, № 1. – С. 56–61.
9. Ben Temime L., Krichen A., Ben Moussa M. et al. // *Tunis. Med.* – 2004. – Vol. 82, No. 5. – P. 446–452.
10. Shamiyeh A., Wayand W. // *Langenbecks. Arch. Surg.* – 2004. – Vol. 389, No. 3. – P. 164–171.
11. Wolnerhanssen B.K., Ackermann C. et al // *Chirurg.* – 2005. – Vol. 76, No. 3. – P. 263–269.

Поступила в редакцию 22.11.2006.

LAPAROSCOPIC CHOLECYSTECTOMY AT DESTRUCTIVE FORMS OF ACUTE CHOLECYSTITIS

B.A. Sotnichenko, V.I. Makarov, N.V. Savintseva, O.V. Pererva, O.I. Shchepetilnikova
Vladivostok State Medical University

Summary – In the Department of faculty surgery for last 5 years endovideosurgical methods were used in 140 patients with the complicated forms of the cholecysto-cholangiolithiasis in the age from 18 till 90 years old. In 19 cases at mechanical jaundice and in 3 at ductogenic destructive pancreatitis the first stage was ERCP, papillosphincterotomy, concrements extraction. Conversion was in 5 cases. Postoperative complications are marked at 6 patients. One patient has died. Thus, nowadays, at presence of the specialists endovideosurgical treatment should have the priority in the treatment of the complicated forms of the cholecysto-cholangiolithiasis.

Pacific Medical Journal, 2007, No. 2, p. 60–63.

УДК 616.379-008.64-06:[616.12-02:611-018.74]

О.В. Гайдарова, Е.В. Елисеева, А.М. Морозова,
О.В. Борушнова

ВЗАИМОСВЯЗЬ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ИНСУЛИНОРЕЗИСТЕНТНОСТИ И НЕКОТОРЫХ МАРКЕРОВ РИСКА БОЛЕЗНЕЙ СЕРДЕЧНО- СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ У ПАЦИЕНТОК С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА

Владивостокский государственный медицинский университет

Ключевые слова: сахарный диабет, эндотелиальная дисфункция, инсулинорезистентность, воспаление.

Кардиоваскулярные заболевания являются одной из важнейших медико-социальных и экономических проблем современной медицины. По данным, опубликованным в приоритетном национальном проекте

«Здоровье», в 2005 г. среди основных причин смерти в России первое место занимают болезни системы кровообращения – 56,1% [5].

Особое значение данная проблема приобретает у лиц с сахарным диабетом (СД). По данным Национального государственного регистра, в Российской Федерации у 50% пациентов с СД 2 типа отмечается ишемическая болезнь сердца (в том числе у 18% – инфаркт миокарда), у 10% – инсульт, у 88% больных наблюдается повышенный уровень артериального давления [6]. Прогноз у пациентов с артериальной гипертензией определяется степенью поражения органов-мишеней, в том числе состоянием эндотелия сосудов. Дисфункция эндотелия является одним из ранних маркеров атеросклероза у больных СД и выявляется на начальных этапах заболевания до появления атеросклеротических бляшек, а также рассматривается как начальная фаза атеротромбоза [3]. Для диагностики нарушения функционального состояния эндотелия в клинических условиях