

В первой группе уровень ЦИК превышал нормальные показатели в 3,8 раза.

Разница между второй и третьей группой была недостоверна, тогда как между первой и третьей — достоверной ($p < 0,01$). Уровень ЦИК во многом отражал степень тяжести состояния беременных. Первая группа находилась в палате интенсивной терапии, тогда как вторая и третья группы находились в отделении патологии беременности.

Обращает на себя внимание, что наиболее низкие показатели ЦИК регистрировались при артериальной гипертензии, развившейся до беременности. Другими словами, предгестационная и гестационная артериальная гипертензии имеют различный патогенез. Это подтверждается и тем фактом, что гестационная АГ после родоразрешения, т.е. после удаления плаценты, исчезает, тогда как предгестационная остается после родоразрешения. Другими словами, механизм индукции и поддержания гестационной гипертензии напрямую связан с повреждением плаценты, в то время как предгестационная поддерживается другими механизмами. Отсюда может следовать и другой вывод: нормализация артериального давления у матери при гестационной гипертензии не всегда может вести к улучшению состояния плода, так как функцию второго компонента — плаценты — восстановить таким способом не удастся.

Возможным механизмом влияния повышенного уровня ЦИК на артериальное давление является способность ЦИК фиксироваться к эндотелию сосудов, что ведет к их активации/дисфункции, в основе которой лежит нарушение баланса между такими констрикторными молекулами, как эндотелины, и релаксирующими факторами, такими как NO и простагландин, в сторону первых.

Таким образом, можно предполагать, что удельный вес ЦИК в поддержании повышенного артериального давления выше при гестационной, чем при предгестационной АГ.

У. Санчин, О. Сэргэлэн

ОЦЕНКА КРИТЕРИЕВ ПРЕДВАРИТЕЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ СИНДРОМА МИРИЗЗИ

*Центральная клиника № 2 (Улаанбаатар, Монголия)
Монгольский государственный медицинский университет (Улаанбаатар, Монголия)*

ВВЕДЕНИЕ

Синдром Мириззи, не диагностированный до операции, осложняет ход операции, а также послеоперационный период. Этот синдром является поздним осложнением желчно-каменной болезни и диагностируется, как правило, во время операции. У 1524 больных, оперированных в 2000—2006 годах по поводу желчно-каменной болезни, было диагностировано 40 (2,6%) случаев синдрома Мириззи в центральной клинике № 2 (Улаанбаатар). Все данные этих больных были тщательно проанализированы, и были разработаны критерии дооперационной диагностики этой патологии. В нашей стране нет данных о диагностике и лечении синдрома Мириззи. Определение эффективности разработанных диагностических критериев и послужило целью данного исследования.

Цель исследования — оценка критериев предварительной диагностики синдрома Мириззи.

Задачи исследования:

1. Оценить больных, госпитализированных для проведения открытой холецистэктомии, критериями предварительной диагностики синдрома Мириззи (табл. 1).
2. Оценить больных, госпитализированных для проведения лапароскопической холецистэктомии, критериями предварительной диагностики синдрома Мириззи (табл. 1).
3. Сравнить данные предварительной диагностики с дооперационной компьютерной томографией и послеоперационными результатами.

КЛАССИФИКАЦИЯ СТАДИЙ СИНДРОМА МИРИЗЗИ

I стадия: желчный камень расположен в области шейки желчного пузыря или в кармане Хартмана. Если камень заклинен в желчном протоке — стадия Ia, в кармане Хартмана — стадия Ib.

II стадия: камень вызывает перфорацию желчного протока, но дефект общего желчного протока не возникает.

III стадия: камень, расположенный в устье общего желчного протока, перфорирует его, возникает дефект и воспалительный инфильтрат, компрессионный стеноз общего желчного протока.

Углубление вышеуказанных осложнений вызывает холангит и холестаз.

Критерии предварительной диагностики синдрома Мириizzi

Критерии		Показатели
Основные критерии	УЗИ	Двойной контур стенки желчного пузыря
		Клиновидный камень в шейке желчного пузыря
		Воспалительный инфильтрат в области шейки желчного пузыря и невозможность определения шейки желчного пузыря
		Утолщение стенки желчного пузыря
	Общий исследования	Болезненность верхней и правой части живота
		Желтуха
	Жалобы	Проявления болезни более 3 лет
		Боли продолжаются более часа или являются частыми
		Локализация болей в верхней части или по всему животу
Дополнительные критерии	Лабораторные исследования	СОЭ > 17 мм/ч, общий билирубин > 647 мкмоль/л, щелочная фосфатаза > 560
	Жалобы	Отрыжка кислым
		Зуд кожи
	Пальпация	Болезненность правого эпигастрия
	Симптом	Курвуазье и Боаса
	Лабораторные исследования	АСАТ > 116, АЛАТ > 130 МЕ

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Нами исследованы 32 больных (послеоперационный диагноз: 8 — синдром Мириizzi, 8 — бездеструктивный калькулезный холецистит, 8 — бездеструктивный калькулезный холецистит с хроническим вирусным гепатитом В и С).

Трем больным с синдромом Мириizzi (37,5 %) была проведена лапароскопическая холецистэктомия, пяти больным (62,5 %) — открытая холецистэктомия. При оценке критериями предварительной диагностики у 7 больных был диагностирован синдром Мириizzi. При КТГ диагноз был подтвержден у пяти из них.

При оценке 8 больных без декструкции желчного пузыря критериями предварительной диагностики у всех больных был исключен синдром Мириizzi.

ДИАГНОСТИКА СИНДРОМА МИРИZZИ ПРИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ

Одному больному с синдромом Мириizzi по критериям предварительной диагностики на КТГ была диагностирована I стадия болезни, поэтому нами была проведена лапароскопическая холецистэктомия. В ходе операции подтверждена I стадия болезни, камень был заклинен в кармане Картмана и спаен со стенкой общего желчного протока. При операционной холангиографии общий желчный проток был свободен для контраста. Двум больным по критериям предварительной диагностики и данным КТГ был диагностирован дефект общего желчного протока. Им была проведена открытая холецистэктомия.

ДИАГНОСТИКА СИНДРОМА МИРИZZИ ПРИ ОТКРЫТОЙ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ

Из семи больных, которым была проведена открытая холецистэктомия по поводу синдрома Мириizzi, у двоих была диагностирована I стадия, у троих — II стадия, у одного — III стадия, у одного — IV стадия болезни. Пред- и послеоперационных осложнений не было выявлено.

РЕЗУЛЬТАТ ОЦЕНКИ КРИТЕРИЕВ ПРЕДВАРИТЕЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ

По данным результатов оперативного лечения, результативность критериев предварительной диагностики синдрома Мириizzi составила 87,5 %, проведение КТГ повысило результативность диагностики на 9,5 %.

ВЫВОДЫ

1. Лапароскопическую холецистэктомию следует проводить больным в I стадии синдрома Мириizzi, установленного с помощью критериев предварительной диагностики и КТГ. В остальных случаях этого синдрома показана открытая холецистэктомия.

2. Предоперационная диагностика этой патологии дает возможность профилактики пред- и послеоперационных осложнений.

3. Доказана достаточно высокая результативность критериев предварительной диагностики.