

ЛИТЕРАТУРА

1. Авакян Г.Н. Современная концепция доказательной рефлексотерапии // Материалы Международного конгресса «Рефлексотерапия и мануальная терапия в XXI веке». — М., 2006. — С. 5-6.
 2. Вовк И.Б., Гаврилова И.В., Петербургская В.Ф., Кондратьев В.К. Особенности диагностики, лечения и профилактики опухолевидных образований яичников в детском и подростковом возрасте // Репродуктивное здоровье детей и подростков. — 2007. — №4. — С. 40-47.
 3. Дубровина С.О. Некоторые аспекты этиологии кист яичников // Рос. вестн. акушера-гинеколога. — 2004. — № 6. — С. 9-11.
 4. Котрикадзе К.А., Сабахтарашвили М.А., Гвенетадзе А.М. Консервативное лечение фолликулярных кист яичника // Georg. Med. News. — 2002. — № 3. — С. 40-42.
 5. Меджидова К.К. Этапное лечение женщин с опухолевидными процессами яичников: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. — Ростов-на-Дону, 2005. — 22 с.
 6. Николаева И.Н. Новые подходы к диагностике и лечению ретенционных кист яичников и возможности восстановления репродуктивной функции: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. — Благовещенск, 2006. — 24 с.
 7. Пономаренко Г.Н. Доказательная физиотерапия в гинекологии // Журнал акушерства и женских болезней. — 2005. — № 3. — С. 99-107.
 8. Самосюк И.З., Лысенко В.П. Акупунктура: Энциклопедия — М., 2004. — С.473 — 479.
- Информация об авторах:** 664079, Иркутск, мкр. Юбилейный, 100, ИГИУВ, кафедра физиотерапии и курортологии, тел. (3952) 242105, e-mail: mosanyu@rambler.ru
 Москалева Анна Юрьевна — заочный аспирант.
 Киргизова Оксана Юрьевна — доцент, д.м.н.,
 Абрамович Станислав Григорьевич — зав. кафедрой, профессор, д.м.н.
 Данусевич Ирина Николаевна — научный сотрудник, к.м.н.

© БЕЛОБОРОДОВ В.А., БЕЛОБОРОДОВ А.А., ЧИХАЧЕВ Е.А. — 2010

ТРАВМА ПЕЧЕНИ МИРНОГО ВРЕМЕНИ

В.А. Белобородов¹, А.А. Белобородов², Е.А. Чихачев²

(¹Иркутский государственный медицинский университет, ректор — д.м.н., проф. И.В. Малов, кафедра общей хирургии с курсом урологии хирургических болезней №1, зав. — д.м.н., проф. В.А. Белобородов;
²Городская клиническая больница №6 им. Н.С. Карповича, Красноярск, гл. врач — А.Б. Коган)

Резюме. Описан опыт обследования и лечения 148 пострадавших с травмой печени. Приведены результаты исследований о частоте и структуре травмы печени в мирное время. Отмечены сведения о результатах диагностики и лечения этих повреждений, а также причинах послеоперационных неблагоприятных исходов.

Ключевые слова: травма печени, диагностика, хирургическое лечение.

TRAUMA OF LIVER IN PEACE TIME

V.A. Beloborodov¹, A.A. Beloborodov², E.A. Chikhachev²
 (¹Irkutsk State Medical University; City Hospital №6, Krasnoyarsk)

Summary. The experience of examination and treatment of 148 victims with hepatic injuries has been described. The outcomes of researches about frequency and structure of hepatic wound in peace time have been shown. The information on outcomes of diagnostics and treatment of these damages, and also causes of postoperative unfavourable outcomes have also been observed.

Key words: injury of liver, diagnostics, surgical treatment.

До настоящего времени проблема механических повреждений печени в неотложной хирургии мирного времени далека от оптимального решения и сохраняет свою актуальность. Эти повреждения составляют 15-20% в структуре всех травм живота и по частоте занимают второе-третье место после травмы селезенки и почек [1, 2, 3, 6]. Следует отметить, что в статистических данных приводится меньший показатель повреждений печени, чем их реальное число, так как часто пострадавшие погибают на месте происшествия или по пути следования в лечебное учреждение [10, 12]. Технический прогресс, интенсификация всех сторон жизни и её социально-политические условия вносят существенные изменения в структуру повреждений печени. Вопрос о соотношении закрытых и открытых травм печени до сих пор остаётся дискуссионным.

По совокупным литературным данным в структуре всех вариантов травмы печени удельный вес ее закрытых повреждений может составлять 30-90% наблюдений, колото-резаных ранений — 22-69%, огнестрельных — 15% случаев. Среди всех причин повреждений печени мирного времени ведущее место занимает транспортный и бытовой травматизм. В 40-81% всех этих наблюдений повреждения печени носят множественный и со-

четанный характер. Общая послеоперационная летальность составляет 15-20% [4, 5, 7, 8, 9, 13, 14]. При этом, значительное увеличение числа заболеваний печени и внепеченочных желчных путей (хронический гепатит, цирроз печени, очаговые поражения, желчнокаменная болезнь) «способствуют» уязвимости печени в момент травмы [11, 12].

Материалы и методы

Проведен анализ результатов обследования и хирургического лечения 148 пострадавших с разными травмами печени. При обследовании травмированных учитывали клинко-лабораторные данные, результаты рентгенографии брюшной полости и грудной клетки, ультразвукового исследования (УЗИ) живота, груди и мягких тканей, компьютерной томографии, диагностической лапароскопии и лапароцентеза с использованием методики «шарящего» катетера.

Для выявления закономерностей влияния причинно-следственных связей и разных факторов на неблагоприятный исход в лечении повреждений печени провели статистический анализ серии параметров с использованием пакета электронных расчетов Statistica for Windows

6,0. Для сравнения независимых выборок использовали критерий Манна-Уитни, при анализе повторных изменений — критерий Вилкинсона, критерий знаков. Для корреляционного анализа использовался коэффициент ранговой корреляции Спирмена. Значимость различий показателей определяли с помощью критерия χ^2 .

Результаты и обсуждения

Анализ структуры травмированных показал, что наибольшее их число составляют лица мужского пола и трудоспособного возраста. Соотношение женщин и мужчин при ранениях печени составило 1:6,6, при закрытой травме — 1:5, общее соотношение — 1:6. Наибольшее число пострадавших были в возрасте 21–30 лет: при ранениях их было 35,3%, при закрытой травме — 36,7%, по отношению к общему числу наблюдений — 35,8%. Если расширить возрастной диапазон от 21 года до 40 лет, то удельный вес получивших ранения составил 66,6%, при закрытой травме — 59%, а по отношению к общему числу наблюдений — 64% ($p < 0,05$). Отсюда становится ясной социально-экономическая значимость решения проблемы диагностики и лечения повреждений печени.

Закрытые повреждения печени были нами установлены у 49 (33,1%) пострадавших, ранения — у 99 (66,9%). При анализе частоты случаев повреждений с учетом механизма травмы установлено, что у 20 (40,8%) травмированных была автотравма, у 15 (30,6%) — бытовая травма, у 11 (22,5%) — падение с высоты и у 3 (6,1%) — механизм травмы остался неизвестным. Изолированные повреждения печени при закрытой травме живота встречались в 18,4% случаев, множественные — в 10,2% и у большинства (71,4%) установлена тяжёлая сочетанная травма с повреждением других анатомических областей ($p < 0,05$).

В структуре ранений преобладали колото-резаные (97; 98%), значимо реже огнестрельные (2; 2%) ранения. Изолированные (локальные) ранения печени имели место в 46,4% наблюдений, множественные — в 12,2%, сочетанные — в 41,4%. В том числе в 19,2% случаев повреждения печени были получены в результате торако-абдоминального ранения.

При анализе частоты повреждений разной локализации установлено более частое травмирование III, IV, V и VI сегментов печени (75,9%). При этом на одно ранение приходится 1,1 повреждённый сегмент, а при закрытой травме — 1,6 сегмента печени ($p < 0,05$). Следовательно, при закрытой травме чаще происходит размоложение окружающих тканей. Наиболее часто ($p < 0,05$) диагностировали различные виды повреждений на диафрагмальной поверхности печени (75,2%), на висцеральной — в 14,6%, а в 10,2% наблюдений были повреждены обе поверхности органа.

В случаях закрытой травмы повреждения печени чаще сочетались с травмой лёгкого (26,5%), селезёнки (22,4%), почки (14,2%), поджелудочной железы (14,2%); ранения — с нарушением целостности диафрагмы (22,2%), лёгкого (12,0%), желудка (10,0%).

Степень тяжести травмы печени оценивали по классификации В.С. Шапкина (1977). Чаще ($p < 0,05$) были установлены повреждения I степени (87; 58,8%), II степень была выявлена у 38 (25,7%) пострадавших, III — у 21 (14,2%) и IV степень — у 2 (1,3%) травмированных.

Госпитализацию пострадавших в условиях города чаще (116; 78%) успевали осуществить в первые 2 часа с момента получения травмы. Этому способствовала транспортировка пострадавших специализированными бригадами скорой помощи, где созданы условия для осуществления реанимационных мероприятий с момента первого «контакта» врача с раненым.

По результатам наших данных, как и по многочисленным исследованиям, выраженность клинической симптоматики повреждений печени зависела от тяжести и характера травмы, степени повреждения печени,

шока и кровопотери, наличия или отсутствия сопутствующих повреждений и времени, прошедшего с момента травмы.

Некоторые неблагоприятные сопутствующие факторы отрицательно влияют на эффективность диагностики, лечения и способствуют ($p < 0,05$) росту летальности. По нашим данным основными из них являются: сочетанный характер абдоминальной травмы, шок (88; 59,4%), сопутствующая черепно-мозговая травма (27; 18,2%) и алкогольное опьянение (104; 70,2%).

В случаях диагностики открытых повреждений печени учитывали локализацию ран в проекции органа, признаки внутреннего кровотечения с соответствующими изменениями показателей крови и проникающим характером ранения. При ранениях брюшной стенки и нижних отделов грудной клетки выполняли первичную хирургическую обработку ран. Результаты этой ревизии становились определяющими в выборе дальнейшей лечебной тактики. Обычно значимых трудностей в диагностике ранений печени не возникало. Диагностика закрытых повреждений была труднее. Попытки выделения из совокупности признаков тяжёлой закрытой травмы живота с внутрибрюшным кровотечением и сопутствующими повреждениями полых органов каких-то специфических симптомов повреждения печени не увенчались успехом. Ошибки на дооперационном этапе при комплексной диагностике закрытой травмы возникли в 15 (10,1%) наблюдениях, значимые — в 5 (3,4%) случаях (что особенно значимо — задержка с выполнением необходимости хирургического вмешательства).

Для целей раннего выявления характера травмы дополнительную информацию дают инструментальные методы исследования. Так, при рентгенологическом исследовании о травме печени косвенно свидетельствовали перелом нижних рёбер справа, высокое «стояние» правого купола диафрагмы, изменения контуров и размеров тени печени. По данным ультразвукового исследования живота учитывали наличие «свободной» жидкости в брюшной полости и некоторые другие косвенные признаки (неровность и нечеткость краев, наличие «дефекта» печени в проекции зоны повреждения). Данные дополнительных методов исследований «подтвердили» характер повреждений в 98,0% случаев, стали определяющими в 10,8% наблюдений.

Для лечения механических повреждений печени основным методом остается оперативный. Он состоит из доступа, полноценного гемо- и желчеоттока, удаления нежизнеспособных тканей, надёжного соединения краёв раны и адекватного дренирования. Все пострадавшие были оперированы в условиях интубационного эндотрахеального наркоза с использованием миорелаксантов. Выбор оперативного доступа определялся характером повреждения. У 134 (90,0%) больных выполнена срединная лапаротомия, у 9 (4,7%) — лапаротомия и торакотомия из отдельных доступов, у 3 (2,0%) — торакофренолапаротомия и у 2 (1,3%) — торакотомия и диафрагмотомия. Торакофренолапаротомию производили только при тотальном размоложении правой доли печени и при повреждении печёночных вен.

Среди указанной группы больных о гемоперитонеуме в объёме до 500 мл при вскрытии брюшной полости отметили в 70,9% наблюдений, от 500 до 1000 мл — в 17,5% и более 1000 мл — в 11,5%. Следует отметить, что небольшая кровопотеря преобладала у больных с I степенью повреждений, а массивная кровопотеря значимо ($p < 0,05$) чаще встречалась при III и IV степени.

Для адекватности хирургического доступа к области ранения часто используем мобилизацию печени (расечение треугольной, венечной, круглой и серповидной связок), что позволяет почти всегда осуществить ревизию всех частей печени через абдоминальный доступ.

Объём оперативного вмешательства всегда зависит от локализации и степени повреждения печени, а также наличия сопутствующих травм. В условиях экстренной хирургии на фоне сочетанных повреждений стреми-

лись к минимизации объёма вмешательства. Чаще (114; 77%) выполняли ушивание ран и разрывов печени с тампонадой прядью большого сальника на питающей ножке (7; 4,7%). Обычно применяли простые узловые, П — образные или блоковые кетгутовые швы, а в 8 (6,0%) случаях ушивание вынужденно дополняли гепатопексией. У 15 (10,1%) больных поверхностные ранения и разрывы не ушивали, гемостаз осуществляли коагуляцией.

К методике применения «забытых» марлевых тампонов вынужденно прибегли лишь в одном (0,6%) случае (диффузное кровотечение по типу «кровавой росы»), да и то при отсутствии возможности использования аппарата для электрокоагуляции (операция в условиях аварийного освещения). При повреждении сосудисто-секреторных структур, нарушении кровоснабжения, размождении части органа выполняли резекцию печени: в 4 (2,7%) случаях — атипичную резекцию правой доли, в 7 (4,7%) — левой доли печени. Повреждение или отрыв желчного пузыря от ложа считали показанием к холецистэктомии (7; 4,7%). В одном (0,6%) случае ранения холедоха дефект был ушит с установкой дренажа Кера.

К числу наиболее сложных случаев травмы печени относим разрывы и ранения с повреждением нижней полой вены и основных печёночных вен. Повреждение этих сосудов отличается скоростью и массивностью кровопотери, риском воздушной эмболии после вскрытия брюшной полости, а также сложностью хирургического доступа. В этих случаях требуется временное выключение печени из кровообращения и наложение сосудистого шва. При этом на нижнюю полую вену выше и ниже печени накладываем турникеты, одновременно пережимаем гепатодуоденальную связку. Такие повреждения нижней полой вены были у 3 (2,0%) пострадавших.

Для профилактики желчеистечения и развития желчного перитонита, а также при сопутствующей травме поджелудочной железы выполняли дренирование внепечёночных желчных путей. Такая необходимость возникла в 12,1% случаев травм печени III — IV степени тяжести (холецистостомы выполнены у 15 (10,1%), холедохостомы — у 3 (2,0%) больных). Оперативное вмешательство всегда заканчивается дренированием брюшной полости с последующей активной аспирацией.

Осложнения после операции отмечены у 27 (18,2%) пострадавших. Неспецифические осложнения возникли в 24 (16,2%) наблюдениях, чаще — плевроторакические осложнения. Специфические осложнения составили 7,4% (11) случаев. Наиболее частыми были поддиафрагмальный и подпечёчный абсцессы. Таким образом, при травме печени послеоперационные осложнения разнообразны по характеру, утяжеляют состояние больного и ухудшают исход. Промедление с операцией, дефекты хирургической техники (недостаточный гемо-

стаз, неадекватный объём вмешательства, несоблюдение условий дренирования области повреждения печени, желчных путей и брюшной полости, недооценка жизнеспособности ткани и органа, неадекватное обезбоживание и инфузионно-трансфузионная терапия) основные факторы и причины возникновения осложнений, учёт или устранение которых позволяет наметить пути к улучшению результатов лечения.

Из всех 148 пострадавших летальный исход наступил у 21 (14,1%) больных. При закрытых травмах печени летальность составила 10,1%, при ранениях — 4,0%.

Из вышеописанного следует, что наиболее частой причиной смерти был шок (17), обусловленный большой тяжестью повреждения печени и одновременной кровопотерей, травмой других органов и областей тела, характеризующихся острым развитием опасных нарушений кровообращения и метаболизма тканей. Это указывает на необходимость проведения комплекса противошоковых мер и восполнения кровопотери с целью коррекции гомеостаза и нарушенных функций организма.

Исход хирургического лечения повреждений печени зависит от следующих факторов: времени, прошедшего с момента травмы до операции; степени тяжести повреждения печени; объёма и тяжести кровотечения; адекватности метода хирургического лечения ($p < 0,05$). Показатель летальности находится в полной и прямой корреляционной связи с продолжительностью от момента травмы до выполнения оперативного вмешательства. Обращает внимание большое число пострадавших, потупивших в поздние сроки (спустя 3 часа и более), а также с неустановленными сроками с момента травмы.

При анализе летальности после закрытых и открытых повреждений печени установлено, что в случаях изолированных ранений печени она составила 2,1%, множественных — 16,6% ($p < 0,05$), сочетанных — 7,3% наблюдений. Изолированная закрытая травма печени сопровождалась летальностью в 11% случаев, в то время как при сочетанной травме с повреждением двух областей тела летальность достигает 20%, при травме трёх областей — 55%, а при травме четырёх — равна 100%. Вероятность летального исхода увеличивается с увеличением числа поражённых областей тела ($p < 0,05$). При этом имеет значение ($p < 0,05$) и степени повреждения органа. При I степени повреждения летальность составила 5,7%, II и III — 23%, IV — 100%, что обусловлено массивностью разрушения ткани печени.

Следовательно, основными факторами, способствующими улучшению результатов лечения пострадавших с травмой печени, являются: своевременная транспортировка специализированными бригадами скорой помощи и ранняя госпитализация, адекватное оперативное вмешательство, стройная система мероприятий по борьбе с шоком и рациональное ведение послеоперационного периода.

ЛИТЕРАТУРА

1. Абакумов М.М., Владимирова Е.С., Белозёров Г.Е. Хирургическая тактика у пострадавших с травмой внутри- и внепечёночных желчных протоков // Новые технологии хирургической гепатологии. Материалы конференции хирургов-гепатологов. — СПб, 1995. — С. 80-82.
2. Альперович Б.И., Цхай В.Ф. Лечение травматических повреждений печени // Анналы хирургической гепатологии. — 2001. — Т.6, №1. — С. 36-39.
3. Бирюков Ю.В., Волков О.В., Рой С. Повреждение печени // Хирургия. — 1997. — №2. — С. 24-27.
4. Борисов А.Е., Кубачёв К.Г., Мохуддинов Н.Д. и др. Диагностика и хирургическое лечение изолированных и сочетанных травматических повреждений печени // Вестник хирургии. — 2007. — Т.166, №4. — С. 35-39.
5. Брюсов П.Г., Розанов В.Е. Диагностика и лечение осложнений травм печени // Анналы хирургической гепатологии. — 1998. — Т.3, №3. — С. 182.
6. Десятерик В.И., Михно С.П., Полищук Л.Н. и др.

- Диагностика и хирургическая тактика при травмах печени // Анналы хирургической гепатологии. — 2003. — Т.8, №2. — С. 136.
7. Ермолов А.С., Абакумов М.М., Владимирова Е.С. Травмы печени. — М.: Медицина, 2003. — 192с.
8. Ибадильтин А.С., Оразбеков Н.И., Андреев Г.Н. Травмы печени // В кн.: Новые технологии хирургической гепатологии. Материалы конференции хирургов — гепатологов. — СПб, 1995. — С. 112-113.
9. Кошелев В.Н., Чалык Ю.В. Причины летальности при повреждениях печени и селезенки // Вестник хирургии. — 1996. — Т.155, №2. — С. 51-53.
10. Мариев А.И., Ревской А.К. Хирургия травм печени. — Томск: Изд-во Томского университета, 1993. — 142с.
11. Цибуляк Г.Н., Шеянов С.Д. Ранение и травмы живота: современная диагностика и новые подходы в лечении // Вестник хирургии. — 2001. — Т.160. — С. 81-88.
12. Чирков Р.Н., Васютков В.Я., Шабанов Ю.А. Диагностика

и хирургическое лечение повреждений печени // Хирургия. — 2006. — №4. — С. 42-45.

13. Шапкин В.С., Гриненко Ж.А. Закрытые и откры-

тые повреждения печени. — М.: Медицина, 1977. — 183с.

14. Шахназаров С.Р. Повреждение печени // Вестник хирургии. — 1996. — Т.155, №6. — С. 96-99.

Информация об авторах: 664003, Иркутск, ул. Красного восстания, 1
Белобородов Владимир Анатольевич — заведующий кафедрой, профессор, д.м.н.

© КОЗЛОВА Н.М., ТЮРЮМИН Я.Л., ГАЛЕЕВ Ю.М., ТЮРЮМИНА Е.Э. — 2010

ВЗАИМОСВЯЗЬ ДИСЛИПИДЕМИИ И ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ В ПЕЧЕНИ И ЖЕЛЧНОМ ПУЗЫРЕ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ НЕКАЛЬКУЛЕЗНОМ ХОЛЕЦИСТИТЕ

Н.М. Козлова, Я.Л. Тюрюмин, Ю.М. Галеев, Е.Э. Тюрюмина

(Иркутский государственный медицинский университет, ректор — д.м.н., проф. И.В. Малов, кафедра факультетской терапии, зав. — д.м.н. Н.М. Козлова; Научный центр реконструктивной и восстановительной хирургии Восточно-Сибирского научного центра Сибирского отделения РАМН, директор — член-корр. РАМН, д.м.н., проф. Е.Г. Григорьев)

Резюме. Изучены функциональные изменения в гепато-билиарной системе и уровень липидов в сыворотке крови при хроническом некалькулезном холецистите. Показано нарушение поглотительно-выделительной функции печени и снижение абсорбционной, концентрационной и эвакуаторной функций желчного пузыря. Выявлено снижение объемной скорости портального кровотока и повышение концентрации ОХс, Хс-ЛПНП и снижение Хс-ЛПВП в сыворотке крови при хроническом некалькулезном холецистите (ХНХ). Повышение концентрации ОХс и Хс-ЛПНП в сыворотке крови у этой группы больных может быть обусловлено наличием хронического «мягкого» внутрипеченочного холестаза, снижением эвакуаторной функции желчного пузыря, уменьшением портального кровотока.

Ключевые слова: липиды сыворотки крови, динамическая холесцинтиграфия, хронический некалькулезный холецистит, внутрипеченочный холестаз, портальный кровоток.

THE RELATIONSHIP BETWEEN DISLIPIDEMIA AND FUNCTIONAL DISORDERS IN LIVER AND GALLBLADDER IN PATIENTS WITH CHRONIC ACALCULOUS CHOLECYSTITIS

N.M. Kozlova, J.L. Turumin, Y.M. Galeev, E.A. Turumina, M.V. Popov

(Irkutsk State Medical University, Chair of faculty therapy, Scientific Center of Reconstructive and Restorative Surgery, ESSC SB RAMS)

Summary. The functional changes of hepatobiliary system and the lipid level in blood in patients with chronic acalculous cholecystitis (CAC) were studied. The disorders of absorption and elimination functions of hepatocytes (chronic 'soft' intrahepatic cholestasis) and changes of absorption, concentration and evacuation functions of the gallbladder (chronic 'bland' intragallbladder cholestasis) were revealed. The decrease of portal blood flow and the increase of concentration of total cholesterol, cholesterol of low density and diminishing of concentration of high density cholesterol of in the serum in patients with CAC were revealed. The increase of concentration of total cholesterol, cholesterol of low density in the serum in patients with biliary diseases might presence of chronic 'soft' intrahepatic cholestasis, the decrease of evacuative function of gallbladder and of portal blood flow.

Key words: serum lipid, dynamic radionuclide scintigraphy, chronic acalculous cholecystitis, intrahepatic cholestasis, portal blood flow.

Болезни желчного пузыря и желчевыводящих путей являются одними из наиболее распространенных заболеваний органов пищеварения. Ранняя диагностика и лечение патологии желчевыводящей системы имеет большое клиническое значение из-за трансформации функциональных нарушений в желчевыводящей системе в органическую патологию — дисфункция желчного пузыря → хронический холецистит → хронический холецистит с билиарным сладжем → хронический калькулезный холецистит, что происходит в результате нарушения коллоидной стабильности желчи и присоединения воспалительного процесса. Не вызывает сомнения тот факт, что некалькулезный холецистит представляет собой начальную стадию калькулезного холецистита, то есть еще до развития камней в желчном пузыре уже обнаруживаются литогенные свойства желчи [1].

Показано, что пусковым моментом различных заболеваний гепатобилиарной зоны может быть нарушение абсорбционно-концентрационной и эвакуаторной функций желчного пузыря [2, 3, 4]. При хронических заболеваниях желчного пузыря описаны нарушения в липидном спектре сыворотки крови [5, 6]. В то же время не изучено содержание липидов крови в зависимости от функциональных нарушений в печени и желчном пузыре. Целью исследования явилось изуче-

ние функциональных изменений в гепатобилиарной системе (накопительно-выделительной функции печени и желчного пузыря, печеночного кровотока) и уровня липидов в сыворотке крови при хроническом некалькулезном холецистите, определение взаимосвязей между этими показателями.

Материалы и методы

Было обследовано 97 больных с хроническим некалькулезным холециститом (ХНХ). Группа больных ХНХ была разделена на подгруппы в зависимости от характера моторной функции желчного пузыря: ХНХ-а — группа больных с сохраненной моторной функцией ЖП; ХНХ-б — группа больных с гипомоторной дискинезией ЖП; ХНХ-в — группа больных с отключенным ЖП.

Группу клинического сравнения (ГКС) составили 67 практически здоровых человек, не имевших заболеваний гепато-билиарной системы с близким распределением по полу и возрасту, которые были разделены на 4 группы в зависимости от метода исследования. Для сравнительной характеристики ультрасонографии желчного пузыря использовали результаты обследования 30 человек (ГКС-1), динамической гаммасцинтиграфии печени и желчного пузыря — 12 (ГКС-2), ультра-