

Таблица

Показатели связывающей способности альбумина у обследованных групп больных рожистым воспалением (группа 1 - традиционная терапия, группа 2 - терапия с применением криовоздействия)

Группа		ОКА, г/л	ЭКА, г/л	ИТ, ед.	РСА, %
здоровые n=40		42±2	37±2	0,14	88
Группа 1 n=10	1 сутки	38±1	26±1	0,47	70*
	3 сутки	38±1	26±1	0,48	69
	7 сутки	38±1	26±1	0,47	70*
	10 сутки	38±1	26±1*	0,47*	70*
Группа 2 n=19	1 сутки	38±1	26±1*	0,48	69*
	3 сутки	38±1	26±1	0,46*	70*
	7 сутки	37±2	27±2	0,44*	71
	10 сутки	36±6	28±3*	0,29*	77*

Примечание * - различия достоверны по отношению к группе сравнения

На 3-и сутки регистрируется достоверное (p<0,05) снижение ИТ. Достигающего минимальных величин к 10-м суткам. Снижение ИТ к 10 суткам на 40% от исходного сопровождается и восстановлением резерва связывания альбумина, который со временем увеличивается на 17% от исходного. В то же время анализируемые показатели в группе сравнения остаются практически неизменными весь период лечения. Наибольшие изменения претерпевают индекс токсичности, изменения которого представлены на графике:



В то же время отметим, что, несмотря на клиническое выздоровление, нормализации показателей, характеризующих активность связывающих центров альбумина, ни в одной из групп не произошло, что требует продолжения исследований. Дальнейшая работа в этом направлении представляется актуальной как для дальнейшего изучения патогенеза рожистого воспаления, так и для совершенствования возможности его терапии.

Выводы

1. Течение рожистого воспаления сопровождается резким дисбалансом белкового спектра крови. Наибольшие изменения претерпевают качественные показатели связывающей способности молекулы альбумина (ЭКА, РСА, ИТ).

2. Описанные нарушения сохраняются в течение всего острого периода рожки и имеют тенденцию к нормализации при клиническом выздоровлении больных.

3. Применение криовоздействия положительно влияет на состояние системы альбумина, не приводя, однако, к нормализации изученных показателей.

ЛИТЕРАТУРА

1. Андреева О.Л., Добрецов Г.Е., Цвиренко С.В. и др. / Актуальные вопросы медицины и экологии. - Екатеринбург, 1999. - С.12-14.
2. Андреева О.Л., Цвиренко С.В., Сергеева М.П. и др. / Актуальные вопросы медицины и экологии. - Екатеринбург, 1999. - С.18-19.
3. Миллер Ю.И., Добрецов Г.Е. // Клин. лаб. диагн. - 1994. - № 5. - С.20-22.
4. Расковалов М.Г. Рожа: Автореф. дис. ...д.м.н. - Свердловск, 1974.
5. Рыскинд Р.Р., Самтолокин К.Н., Лисенко А.Б. // Клин. геронтология. - 1997. - № 1. - С.43-48.
6. Сандомирский Б.П., Волкова Н.А., Журавлев А.С. и др. // Криобиология. - 1985. - № 1. - С.29-36.
7. Храмов М.М., Шипилов М.В., Манькова М.И. // Клин. медицина. - 1998. - № 4. - С.17-21.
8. Черкасов В.Л. Рожа. - М.: Медицина, 1986.
9. Erysipelodermonees epidemiologiques, cliniques et therapeutiques (111 observations) / В. Crickx, F. Chevron, M. Sigal-Nahum et al. // Ann. Derm. Venereol. - 1991. - Vol. 118, № 1. - P.11-16.

А.Ю. Прокопов

ОЦЕНКА ВОЗМОЖНОСТИ ДИАГНОСТИКИ ОСТРОГО ХОЛЕЦИСТИТА И ЕГО ФОРМЫ

Уральская государственная медицинская академия, Центр экспериментальной и клинической медицины, Центральная городская клиническая больница №1

Проблема желчнокаменной болезни (ЖКБ) остается окончательно нерешенной и продолжает привлекать внимание широкого круга исследователей. Эта патология широко распространена во всем мире и на протяжении последних лет наблюдается неуклонный рост заболеваемости [1,2,12,13]. Соответственно

увеличению частоты ЖКБ непрерывно растет число оперативных вмешательств по поводу холелитиаза. Ежегодно в мире производится более 2,5 млн. операций по поводу ЖКБ. Отмечается неблагоприятная тенденция роста числа лиц пожилого и старческого возраста, страдающих ЖКБ и составляющих группу повышенного риска. Доля пожилых достигает 30-50% [3,4,13], им выполняется 24% от всех операций по поводу ЖКБ.

Несмотря на значительные достижения в диагностике и технике хирургического лечения, развитие малоинвазивной хирургии [5,6,12,13], вопросы тактики у больных острым калькулезным холециститом остаются дискуссионными и в настоящее время. Мы остановимся лишь на некоторых из них: формулировании диагноза и сроках выполнения вмешательства.

Существуют разные взгляды на необходимость детализации формы острого холецистита до операции. Часть авторов пытаются диагностировать форму воспаления до вмешательства – катаральный, флегмонозный или гангренозный, основываясь на данных клинко-лабораторного обследования и ультрасонографии органов брюшной полости. В других клиниках устанавливают диагноз острого холецистита без уточнения его формы. Сторонники второго направления обосновывают свой подход тем, что определить форму воспаления до операции очень трудно, при сравнении с морфологическим заключением будет много расхождений, детализация формы воспаления до операции не влияет на хирургическую тактику [7,8,9]. Мы считаем, что стремление верифицировать форму холецистита диктует более тщательное клиническое и лабораторное обследование больного, более взвешивый подход к формированию диагноза. Форма поражения должна учитываться и при решении тактических вопросов. В значительной части случаев форма воспаления может быть диагностирована уже до операции.

Ни у кого не вызывает сомнений показания к экстренному вмешательству у пациентов с клинической картиной перитонита или при гангренозном холецистите. Существует единое мнение при холедохолитиазе и механической желтухе – чем раньше они ликвидируются, тем лучше для больного. Наиболее спорный вопрос – сроки операции у больных катаральным и флегмонозным холециститом, протекающих без проявлений перитонита и желтухи. Здесь возможно как консервативное лечение, когда в большинстве случаев удается купировать воспалительный процесс, так и выполнение операции.

Ряд авторов указывают на неблагоприятные местные условия при выполнении хирургического вмешательства на 8-10 сутки после купирования острого приступа, необходимость активизации хирургической тактики, нецелесообразность консервативной терапии острого холецистита, необоснованное назначение которой повышает послеоперационную летальность. Часть исследователей считают, что активная хирургическая тактика является профилактикой грозных осложнений со стороны протоковой системы и других органов, приводит к снижению экономических затрат на лечение, уменьшению сроков нетрудоспособности [1,2,10,11,12,13]. Другие авторы полагают

наоборот – это увеличивает число интраоперационных и послеоперационных осложнений [3,9].

Результаты и обсуждение. Для решения задач, связанных с изучением возможности предоперационной диагностики острого холецистита и его форм, целесообразности проведения при поступлении консервативной терапии или оперативного лечения нами были отобраны и проанализированы 193 истории больных, поступивших в неотложном порядке с разными формами калькулезного холецистита без патологии протоковой системы.

При поступлении неотложным больным в приемном покое круглосуточно выполнялись клинические, биохимические исследования, ЭКГ. Больные осматривались терапевтом и анестезиологом. Для подтверждения холелитиаза считали достоверным заключения УЗИ брюшной полости. В экстренном порядке это исследование проводилось тем больным, где его не было или результат вызвал сомнение. Ранее мы широко использовали лапароскопию (число исследований в год достигало 1000), в настоящее время показывая к этому исследованию сужены, и оно выполнялось только в сомнительных случаях.

До операции, на основании полученных клинко-лабораторных и инструментальных данных, выставлялся диагноз с детализацией клинической формы воспаления, который сравнивался с морфологическим послеоперационным заключением.

Всем была выполнена холецистэктомия в разные сроки после поступления в стационар.

Мужчин было 32 (16,6%), женщин – 161 (83,4%). Средний возраст составил $56,7 \pm 12,3$ лет. Холецистэктомия из минилапаротомного доступа выполнена у 110 (57,0%) пациентов, из лапаротомного доступа – у 83 (43,0%).

У 84 больных диагноз острого холецистита и его формы устанавливался на основании клинко-лабораторных исследований, холелитиаз у них был подтвержден на УЗИ ранее. У 109 пациентов острое воспаление определялось на основании клинко-лабораторных данных и ультрасонографии органов брюшной полости, выполненной нами в неотложном порядке. В 34 случаях выполнялась лапароскопия.

При установлении диагноза на основании только клинко-лабораторных данных наличие острого холецистита до операции было правильно диагностировано у 65 (77,4%) больных из 84, форма воспаления – лишь в 34 (40,5%) случаях.

Математически нами были рассчитаны следующие вероятности: вероятность ложной диагностики воспаления – 22,6%, вероятность пропуска острого холецистита в момент госпитализации – 11,9%; вероятность пропуска деструктивной формы – 20,2%.

Ни у кого не вызывает сомнений громадное значение использования УЗИ для верификации холелитиаза. Значительно хуже обстоят дела с диагностикой воспаления.

На основании неотложного ультразвукового исследования правильно наличие или отсутствие воспаления диагностировалось у 69 (63,3%) больных из 109. Среди 54 больных, которым на УЗИ ставился диагноз острого холецистита, он подтвердился мор-

фологически у 43 (79,6%) и не был найден у 11 (20,4%).

Хронический холецистит диагностировали у 55 пациентов. Все они были взяты в операционную с диагнозом острого калькулезного холецистита, установленного на основании клинико-лабораторных данных. У 26 (47,3%) из них гистологически подтвердился хронический холецистит, у 29 (52,7%) было обнаружено острое воспаление. Т.е. острый процесс не был диагностирован у 29 (26,6%) больных.

Дополнительно рассчитанные математические вероятности эффективности использования УЗИ брюшной полости в диагностике острого холецистита составили: вероятность ложной диагностики воспаления - 10,1%, вероятность пропуска деструктивной формы - 16,5%.

Значительно улучшить результаты диагностики не только острого холецистита, но и его формы, позволила лапароскопия.

Правильно наличие воспаления до операции было диагностировано у 30 (88,2%) больных из 34, которым выполнялась лапароскопия, форма воспаления - у 22 (64,7%), что больше, чем при клинико-лабораторной диагностике (40,5%).

Рассчитанные математически вероятности оказались самыми высокими в сравнительном исследовании: вероятность ложной диагностики воспаления - 11,8%; вероятность пропуска острого холецистита - 0,0%; вероятность пропуска деструктивной формы - 0,0%.

Т.о., диагностическая лапароскопия самый точный способ предоперационной верификации как острого холецистита, так и его форм ($p < 0,05$) (рис 1).

УЗИ желчного пузыря по сравнению с клинико-лабораторной диагностикой не оказывает статистически значимой помощи в диагностике острого холецистита ($p > 0,05$). Кроме того, ультрасонография приводит к значительному увеличению процента пропущенного острого холецистита, особенно там, где он предполагался клинически.

Суммарно, на основании клинико-лабораторных данных, ультразвукового исследования и лапароскопии диагноз острого холецистита до операции был установлен у 193. Морфологически острое воспаление было подтверждено у 138 (71,5%), хронический холецистит выявили у 55 (28,5%).

Что касается диагностики форм острого холецистита, то правильно до операции это было сделано у 89 (46,1%) больных. Чем тяжелее диагностируемая до операции форма поражения, тем выше процент совпадения диагноза и морфологического заключения (при катаральном холецистите - 24,0%, при флегмонозном - 84,6%, при гангренозном - 93,7%). Обращает внимание, что если до операции флегмонозный и гангренозный холецистит предполагались лишь у 68 (35,2%) больных, то после вмешательства они были выявлены уже у 106 (54,9%).

Для постановки диагноза у разбираемых нами больных требовалось разное время. У части пациентов острое воспаление устанавливалось сразу при поступлении: катаральный холецистит - 114 (59,1%), флегмонозный - 46 (23,8%), гангренозный - 10 (5,2%). В 23 (11,9%) случаях вначале вообще диагно-

стировалась другая абдоминальная патология, и только в процессе динамического наблюдения удалось установить острый холецистит, после чего больные брались в операционную.

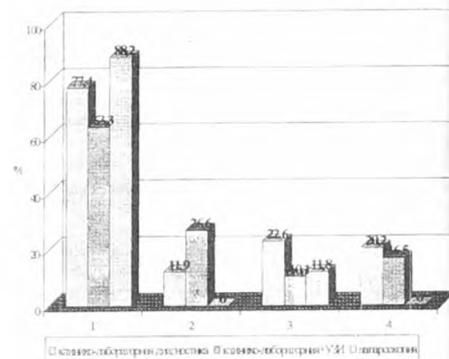


Рис. 1. Сравнительная характеристика методов предоперационной диагностики острого холецистита

Примечание: 1 - вероятность правильной диагностики наличия или отсутствия воспаления; 2 - вероятность пропуска острого холецистита; 3 - вероятность ложной диагностики воспаления; 4 - вероятность пропуска деструктивной формы.

Чем меньше был срок от момента заболевания до госпитализации, тем чаще при поступлении острое воспаление не устанавливалось или выявлялся катаральный холецистит. У больных, у которых острый холецистит не диагностировался, средняя продолжительность приступа до госпитализации была $10,7 \pm 8,6$ ч. При катаральном холецистите средний срок до госпитализации составил $25,5 \pm 14,6$ ч. У больных с флегмонозным и гангренозным холециститом продолжительность приступа была значительно больше - $46,3 \pm 18,4$ ч и $52,0 \pm 23,1$ ч.

Существует достоверная зависимость диагностированной до операции формы холецистита от срока поступления больного в стационар ($p < 0,01$).

Короткий период заболевания, стертость клинической картины в случаях, когда острый холецистит при поступлении не устанавливался, делали необходимым проведение динамического наблюдения и дополнительных диагностических мероприятий. У этих больных среднее время пребывания в стационаре до операции оказалось $61,0 \pm 24,7$ ч. Это было больше, чем при катаральном - $18,6 \pm 3,4$ ч, флегмонозном - $3,4 \pm 2,6$ ч или гангренозной форме - $14,3 \pm 7,2$ ч.

Различия по времени пребывания в стационаре до хирургического вмешательства статистически значимы между всеми группами ($p < 0,001$).

Большинство операций были выполнены до 6 ч пребывания в стационаре - 115 (59,6%), 24 (12,4%) вмешательства были через 6-12ч после поступления, 54 (28,0%) - позднее 12ч.

У больных с более тяжелой формой воспаления диагноз устанавливался быстрее, и раньше выполня-

сь операция. Так, в первые 64 из 23 больных, у кого острый холецистит при поступлении не предполагался, операции выполнены лишь у 2 (8,7%), из 114 больных, поступивших с катаральным холециститом, вмешательства были у 63 (55,3%); из 46 пациентов, поступивших с флегмонозной формой воспаления – операции проведены 43 (93,5%), из 10 исследуемых с гангренозным воспалением прооперированы 7 (70,0%).

По мере увеличения сроков пребывания в стационаре на фоне проводимой консервативной терапии увеличивался процент деструктивного холецистита, подтвержденного морфологически. Так, из 115 оперированных в первые 6 часов, флегмонозный холецистит был у 53 (46,1%), гангренозный – у 12 (10,4%). В срок 6-12ч среди 24 исследуемых флегмонозный холецистит уже был у 15 (62,5%), гангренозный – у 14 (2%). В срок 12-24ч из 21 больного флегмонозный холецистит обнаружен у 6 (28,6%), гангренозный – у 10 (47,6%).

Т.е. динамическое наблюдение и проводимая консервативная терапия приводят к прогрессированию воспаления, увеличению доли деструктивных форм.

Заключение. Приведенные результаты позволяют сказать, что при клинико-лабораторных и ультразвуковых исследованиях острый холецистит диагностируется в 77,4% и 63,3% случаев соответственно. Наиболее информативной является лапароскопия – 88,2%. Более того, она обеспечивает правильную диагностику формы воспаления у 64,7% больных.

Консервативная терапия острого холецистита на фоне сохранения в организме очага воспаления приводит к увеличению процента деструктивных форм, ухудшению условий выполнения операции.

ЛИТЕРАТУРА

1. Дедерер Ю.М., Крылова Н.П., Устинов Г.Г. Желчнокаменная болезнь – М., 1983 – 176с.
2. Внутренние желчные свищи желчнокаменного происхождения / С.Н. Хумадин, А.А. Нурмухаметов, В.В. Булаков и др. // Вест. хир. им Грекова. – 2000 – Том 159, № 1. – С.12–15.
3. Королев Б.А., Пиковский Д.Л. Экстренная хирургия желчных путей. – М., 1990. – 240с.
4. Бурков С.М. Желчнокаменная болезнь у пожилых: Варианты клинического течения, диагностики и лечения // Врач. – 1997. – № 11. – С.8–11.
5. Прудков И.Д. Лапароскопический метод гастростомии, еюностомии, холецистостомии, колоностомии: Автореф. дисс....д.м.н. – Свердловск, 1975 – 30с.
6. Прудков М.И. Минилапаротомия и «открытая» лапароскопия в лечении больных желчнокаменной болезнью: Дисс....д.м.н. в форме науч. доклада. – М., 1993. – 53с.
7. Верзакова И.В. Прогнозирование способа холецистэктомии при желчнокаменной болезни и ультразвуковая диагностика послеоперационных осложнений: Дисс....к.м.н. – Уфа, 1996. – 162с.
8. Акбаров В.Ф., Файзуллин В.А. Алгоритм диагностики острого деструктивного холецистита // Ка-

9. Козловский И.В. Возможность консервативного лечения желчнокаменной болезни // Тез. докл. VIII республик. съезда терапевтов БССР. – Минск, 1990. – С.111-112.
10. Зсркалов В.Н., Хазанов А.И., Ивлев А.С. К вопросу целесообразности консервативного лечения острого калькулезного холецистита // Воен.-мед. журн. – 1984. – № 6 – С.60.
11. Гузев А.И. Пути снижения послеоперационной летальности при острых хирургических заболеваниях органов живота в условиях городской больницы // Вест. хир. им Грекова. – 2000. – Т. 159, № 3. – С.21–24.
12. Early elective cholecystectomy in acute stone-related cholecystectomy / T. Bjerkeset, T.H. Edna, J.O. Drogset, M. Svinas // Tidsskr. Nor. Laegeforen. – 1997. – Aug. – 117:20. – P.2941-2944.
13. Acute cholecystitis: timing of surgery / R. D'Ambrosio, L. Leone, C. Peppas et al. // Minerva Chir. – 1995. – Jan.-Feb. – 50:1. – P.39-46.

Ю.Ф. Лесняк, П.А. Сарапулцев, Л.П. Евстигнеева, Л.И. Кузьмина, Е.В. Кузнецова, А.А. Попов, Н.В. Изможерова, М.Б. Лежнина, И.В. Тююшев, О.М. Лесняк

МИНЕРАЛЬНАЯ ПЛОТНОСТЬ ТРАБЕКУЛЯРНОЙ И КОРТИКАЛЬНОЙ ТКАНЕЙ ЛУЧЕВОЙ КОСТИ В ОЦЕНКЕ РИСКА ПЕРЕЛОМА ДИСТАЛЬНОГО ОТДЕЛА ПРЕДПЛЕЧЬЯ У ЖЕНЩИН СТАРШИХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП

Уральская государственная медицинская академия, Областная клиническая больница №1

Остеопороз – системное заболевание скелета, характеризующееся снижением костной массы и нарушениями микроархитектуры костной ткани, что приводит к повышенной хрупкости кости, а следовательно, к увеличению риска перелома [3]. Ассоциированная с возрастом потеря трабекулярной и кортикальной кости наблюдается и у женщин, и у мужчин в любых участках скелета и приводит к развитию т.н. «остеопороза 2 типа» (сенильного), который чаще всего проявляется переломами шейки бедра. Кроме этого, у женщин наблюдается дополнительная фаза ускоренной потери костной ткани, которая связана с наступлением менопаузы. Причиной ее является недостаточность яичников с дефицитом эстрогенов, и она приводит к остеопорозу 1 типа (постменопаузального), который преимущественно проявляется переломами предплечья и позвоночника.

Перелом дистального отдела предплечья – одно из самых распространенных проявлений постменопаузального остеопороза. Так, среди жителей Екатеринбурга старших возрастных групп его частота у женщин составила 1064,2 случая на 100 000 населения, что в 4,3 раза превышало показатели у мужчин