

УДК 616.37- 002.4-002- 089

М.М. Винокуров, А.А. Яковлев

РОЛЬ УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ В ВЫБОРЕ ОПЕРАТИВНОЙ ТАКТИКИ ОСТРОГО ХОЛЕЦИСТИТА, ОСЛОЖНЕННОГО ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ В УСЛОВИЯХ ЦЕНТРАЛЬНОЙ РАЙОННОЙ БОЛЬНИЦЫ КРАЙНЕГО СЕВЕРА

Данная работа основана на результатах ультразвукового исследования 213 больных с острым холециститом в условиях центральной районной больницы. В основе исследования лежит новый метод ультразвуковой диагностики с применением доплерографии. В результате улучшен прогноз при выборе оперативной тактики больных с острым холециститом.

This work is based on results of ultrasonic research of 213 patients with an acute cholecystitis in conditions of the central regional hospital. The base of research is new method of ultrasonic diagnostics with using dopplerography. In result improved forecast in choosing operating tactics of patients with acute cholecystitis.

Новые перспективы в радикальном хирургическом лечении пациентов с острым холециститом появились благодаря внедрению в клиническую практику таких малотравматичных операций, как лапароскопическая холецистэктомия и холецистэктомия из мини-доступа. Эти операции стали популярными среди врачей и среди пациентов с желчнокаменной болезнью (ЖБК). Однако при остром холецистите к миниинвазивным вмешательствам прибегают значительно реже, что связано со значительными трудностями их выполнения при остром воспалении желчного пузыря и частым переходом к лапаротомии [1,5,7].

Первое сообщение об использовании ультразвукового метода в выявлении заболеваний желчного пузыря появилось в 1950г. (Ludwig J. et al). Ультразвуковое исследование признано методом скрининга при ЖКБ и ее осложнениях. Большинство авторов отмечают особую ценность эхографии при механической желтухе и остром холецистите. Эхография не только позволяет с высокой степенью точности поставить правильный диагноз, но и сокращает время обследования и пребывания больного в стационаре. При помощи ультразвука хирург до операции получает полное представление о морфологических изменениях органов гепатодуоденальной зоны (ГПДЗ), а также о наличии патологических образований (конкрементов, кист) [4,6]. Применение ультразвукового исследова-

ния является обязательным в диагностике желчнокаменной болезни. Точность диагностики камней в желчном пузыре и протоках при этом исследовании достигает 92,4-98,5% [3,6]. Возможности ультразвукового метода исследования позволяют оптимизировать диагностический процесс у больных с острым холециститом и полностью, практически, отказаться от проведения диагностической лапароскопии [2].

Материалы и методы. Клиническим материалом для исследования послужили 213 (37,8%) больных с острыми формами желчнокаменной болезни, из числа прошедших лечение по поводу острого холецистита в период с 1998 по 2007 г. в хирургическом отделении центральной районной больницы г. Вилюйска Республики Саха (Якутия). Применявшиеся лечебные тактики обусловили выделение двух периодов исследования. В первый период – с 1998 по 2002 г. – находились на лечении 103 больных с острыми формами желчнокаменной болезни. Клинический материал этого периода наблюдений послужил основанием для анализа лечебной тактики и поиска путей улучшения лечебно-диагностической тактики. В течение

второго периода наблюдения – 2002 – 2007 гг. – хирургическая помощь оказана 110 больным. Использовалась усовершенствованная лечебно-диагностическая тактика, базирующаяся на балльной оценке физиологического состояния больных и прогнозирования тяжести течения заболевания. Применяли новый метод УЗИ-диагностики, внедренный в клиническую практику Н.А. Кузнецовым.

Возраст больных с острыми формами желчнокаменной болезни варьировал от 18 лет до 81 года, при этом преобладали лица трудоспособного возраста от 18 до 55 лет – 165 (77,4%) пациентов, что соответствует общероссийским статистическим данным. Мужчин было 22 (10,3%), женщин – 191 (89,6%), подтверждая данные многих авторов (табл.1).

Результаты и обсуждения. Для обследования применяли аппарат сложного сканирования с получением изображения в оттенках серого цвета “SSD-650” фирмы “Алока” (Япония) с линейным и конвексным датчиком 3,5 МГц. Серая шкала монитора давала изображение от 1 до 64 оттенков серого цвета, которые соответствовали определенному диапазону эхосигналов. Наиболее полные и объективные

Таблица 1

Распределение больных по полу и возрасту в исследуемых группах

Возраст, лет	Мужчины	Женщины	Итого
18-25	-	3 (1,4 %)	3 (1,4 %)
26-35	1 (0,4 %)	43 (20,2 %)	44 (20,6 %)
36-45	4 (1,9 %)	53 (24,9 %)	57 (26,8 %)
46-55	4 (1,9 %)	51 (24 %)	55 (25,9 %)
56-70	9 (4,2 %)	29 (13,6 %)	38 (17,8 %)
70 и старше	4 (1,9 %)	12 (5,6 %)	16 (7,5 %)
Всего	22 (10,3 %)	191 (89,7 %)	213 (100%)

ВИНОКУРОВ Михаил Михайлович – д.м.н., проф., зав. кафедрой МИ ЯГУ; **ЯКОВЛЕВ Антон Антонович** – зав. хирургическим отделением Вилюйской центральной районной больницы.

Таблица 2

Сравнительный анализ УЗИ-обследования и клинико-морфологической формы воспаления желчного пузыря, абс. число (%)

Методы исследования	Форма воспаления желчного пузыря			Всего больных
	ката- ральная	флегмо- зная или гангренозная	деструктивная, ослож- ненная распростра- ненным перитонитом	
Первый период наблюдения				
УЗИ	66(64,0)	32(31,2)	5(4,8)	103(100)
Клинико-морфоло- гическая картина желчного пузыря	40(38,8)	20(19,4)	5(4,8)	65(63,1)
Второй период наблюдения				
УЗИ	46(41,8)	48(43,7)	6(5,4)	100(90,9)
Клинико- морфоло- гическая картина желчного пузыря	51 (46,4)	53 (48,2)	6 (5,4)	110 (100)

данные получают при стандартной системе исследования с оценкой состояния желчного пузыря (размеры, формы, внутреннее содержимое, состояние шейки желчного пузыря); гепатихоледох (толщина и структура стенок, внутренний диаметр, наличие холедохолитиаза, длина визуализируемой части протока) и окружающих данные анатомические структуры тканей (наличие патологических образований, включений, не характерных для нормальной ультразвуковой картины данной области, степень четкости контурирования и визуализации вне печеночных желчных протоков).

В большинстве случаев ультразвуковая диагностика камней не представляет каких-либо трудностей, особенно если четко выявляется желчный пузырь. К диагностическим признакам, указывающим на наличие камней в желчном пузыре, относятся: выявление гиперэхогенного образования в его полости, появление акустической тени и перемещение указанного образования в связи с изменением положения тела больного. Современная ультразвуковая аппаратура позволяет выявить камни толщиной около 1мм. Ультразвуковое исследование при выборе метода оперативного лечения острого холецистита имеет прогностическое значение. Так, при выявлении инфильтрата, абсцесса околопузырной области, деструктивных форм острого холецистита при проведении УЗИ следует считать неблагоприятными прогностическими признаками.

С целью диагностики ультразвуковое исследование выполнено у всех больных. Оно производилось у преобладающего большинства больных первые 24 часа с момента госпитализации. В случаях отрицательной информации ультразвуковое исследо-

вание повторяли на следующий день после соответствующей подготовки больного.

Для определения прогноза течения патологического процесса при осложнениях желчнокаменной болезни и выбора метода его лечения все пациенты были разделены на группы в зависимости от варианта ультразвуковой картины и доплерографии.

1 группа: ЖКБ. Хронический калькулезный холецистит без признаков деструкции стенки желчного пузыря. Данная группа характеризуется увеличением желчного пузыря. В просвете желчного пузыря определяются единичные конкременты. Стенка пузыря однородная с ровным контуром, утолщена до 4 мм.

2 группа: ЖКБ с признаками деструкции стенки желчного пузыря. В данном случае толщина стенки желчного пузыря превышает 4 мм, становится неоднородной, внутренний контур неровный.

3 группа: Острый деструктивный холецистит с признаками местных перивезикальных изменений. Визуализируются в виде гиперэхогенных зон с неровными контурами вокруг желчного пузыря и анэхогенными зонами при выраженном воспалении.

4 группа: Острый деструктивный холецистит с местным или распространенным перитонитом. У этих больных свободная жидкость визуализируется в подпеченочном пространстве и других отделах брюшной полости.

При сравнительном анализе результатов УЗИ-исследования и клинико-морфологической формы воспаления желчного пузыря больных первого периода наблюдения (1998- 2002г.г.) достоверность точной постановки клинического диагноза составила 63,1% (табл. 2), что говорит о малой ин-

формативности метода для выбора оперативной тактики в предстоящих оперативных вмешательствах на гепатодуоденальной зоне.

Во втором периоде исследования (2003 – 2007г.г.) нами использована усовершенствованная методика ультразвукового исследования. Все пациенты распределены на 4 группы с учетом ультразвуковой картины и доплерографии.

1 группа: 5 (40,9%) - ЖКБ. Хронический калькулезный холецистит без признаков деструкции стенки желчного пузыря. Данная группа характеризуется увеличением желчного пузыря. В просвете желчного пузыря определяются единичные конкременты. Стенка пузыря однородная с ровным контуром, утолщена до 4 мм. 2 группа: 41(37,2%) - ЖКБ с признаками деструкции стенки желчного пузыря. В данном случае толщина стенки желчного пузыря превышает 4 мм, становится неоднородной, внутренний контур неровный. 3 группа: 48 (10,9%) - Острый деструктивный холецистит с признаками местных перивезикальных изменений. Визуализируются в виде гиперэхогенных зон с неровными контурами вокруг желчного пузыря и анэхогенных зон при выраженном воспалении. 4 группа: 6(5,4%) - Острый деструктивный холецистит с местным или распространенным перитонитом. У этих больных свободная жидкость визуализируется в подпеченочном пространстве и других отделах брюшной полости. В 10 случаях не удалось поставить точный диагноз, что связано со случаями недостаточной визуализации правого подпеченочного пространства вследствие анатомических или функциональных причин. Достоверность постановки клинического диагноза УЗИ-исследования в сравнении с клинико-морфологической формой воспаления желчного пузыря составила 90,9% (табл. 2), что само собой показывает эффективность усовершенствованного метода ультрасонографии. Анализ 12 эхосимптомов показал, что такие признаки, как плохая визуализация шейки желчного пузыря, укорочение видимой части общего желчного протока, желчный пузырь малых размеров и симптомов «сплошной акустической тени», свидетельствуют о выраженных изменениях в перивезикальном пространстве. Эти признаки указывают на высокую вероятность трудностей при выполнении холецистэктомии.

Таким образом, комплексное ультразвуковое исследование с использованием доплерографии дает воз-

возможность определить форму острого холецистита, выбрать адекватную тактику лечения, прогнозировать технические сложности во время холецистэктомии.

Литература

1. **Винокуров М.М.** Острый холецистит: пути улучшения результатов хирургического лечения / М.М. Винокуров. – Новосибирск: Наука, 2002. – 147 с.

2. **Выбор** тактики, сроков и метода проведения операции при остром холецистите / Н.А. Кузнецов [и др.] // Хирургия. – 2003. – №5. – С.35-40.

3. **Ермолов А.С.** Хирургия желчнокаменной болезни: от пройденного к настоящему / А.С. Ермолов, А.В. Упырев, П.А. Иванов // Там же. – 2004. – № 5. – С.5-9.

4. **Нахинсон Р.А.** Ультразвуковая эхолакция в диагностике острого холецистита / Р.А.

Нахинсон, Е.М. Васильева // Сов. медицина. – 1990. – №10. – С.88-90.

5. **Савельев В.С.** Эндоскопическая хирургия: практическое руководство для врачей / В.С. Савельев. – М., 1998. – С.149-208.

6. **УЗ-семиотика** и диагностика острого холецистита / П.М. Постолюк [и др.] // Хирургия. – 1990. – №2. – С. 21-23.

7. **A new** minimally invasive technique for cholecystectomy / N.S. Tyagi [et al.] // Ann Surg. – 1994. – 220. – P.617-625.

М.И. Соловьёва, Л.Н. Игнатъева

К ВОПРОСУ О МЕДИКАМЕНТОЗНОМ ПРЕРЫВАНИИ БЕРЕМЕННОСТИ

Цель исследования. Изучение эффективности и безопасности фармакологического аборта.

Материалы и методы. Обследовано 200 пациенток, выбравших медикаментозный метод прерывания нежелательной беременности ранних сроков, и 50 женщин репродуктивного возраста, выбравших вакуум-аспирацию.

Результаты. Данные исследования подтверждают, что медикаментозный аборт является альтернативой хирургическому методу прерывания беременности. К преимуществам данного метода относятся: эффективность, достигшая 95 % при ранних сроках беременности; безопасность, хорошая переносимость пациентками.

Ключевые слова: медикаментозный аборт, вакуум-аспирация, прерывание беременности.

The purpose of research. Studying of efficiency and safety of pharmacological abortion.

Materials and methods. 200 patients who have chosen a medicamentous method of interruption of undesirable pregnancy of early terms and 50 women of reproductive age, chosen vacuum-aspiration were surveyed.

Results. The given researches confirm that medicamentous abortion is alternative to a surgical method of interruption of pregnancy. Advantages of the given method are: the efficiency which has reached of 95 % at early terms of pregnancy; safety, good tolerance by patients.

Keywords: medicamentous abortion, vacuum-aspiration, pregnancy interruption.

Известно, что прерывание беременности представляет собой значительный риск для жизни вообще и для репродуктивного здоровья женщин в частности. В настоящее время, благодаря успехам, достигнутым учеными и исследователями, одним из наиболее безопасных методов искусственного прерывания беременности ранних сроков является медикаментозный аборт. В мировую медицинскую практику данный метод был внедрён с 1988 г., в Российской Федерации с 1999 г. [2, 3, 4, 5].

По данным ВОЗ, фармакологический аборт позволяет избежать следующих осложнений, связанных с операцией, таких как: травма, инфекция, негативное влияние наркоза. Метод не требует пребывания в стационаре, является более щадящим для организма и лучше переносится психологически [1].

Целью данного исследования явилось изучение эффективности и безопасности медикаментозного аборта.

Материал и методы исследования

Для решения поставленной цели были обследованы 2 группы пациен-

ток репродуктивного возраста. Первую группу составили 200 женщин, выбравших медикаментозный метод, вторую – 50 пациенток, выбравших вакуум-аспирацию как метод прерывания нежелательной беременности ранних сроков. Включение пациенток в исследуемые группы осуществлялось при наличии нежелательной маточной беременности до шестинедельного срока гестации, при медикаментозном аборте и до четырёхнедельного срока гестации при вакуум-аспирации. Средний возраст женщин 1-й группы составил 29, 4 года, 2-й – 31, 8 года. Массо-ростовые показатели пациенток обеих групп, вошедших в исследование, не различались. Среди них были пациентки с ожирением и избыточной массой тела, но они не доминировали. Средний возраст менархе также не имел достоверных различий у пациенток обеих групп (12,6, и 13,2 соответственно).

Комплексное исследование включало: клинические анализы (мазок на степень чистоты влагалища, цервикального канала и уретры; анализы крови на сифилис, ВИЧ-инфекцию, гепатиты В и С, кал на яйца глистов, ФЛГ), методы прерывания беременности, УЗИ – контроль через 2 недели после проведенного аборта, как медикаментозного, так и вакуум-аспирации. Вакуум-аспирация проводилась

с использованием аппарата «Отсасыватель медицинский» ОМ -1, ТУ 1-720-0033-92 с созданием отрицательного давления 1 кгс/см². Применялся стандартный набор хирургических инструментов. Для медикаментозного прерывания беременности использовался препарат Мифепристон, разрешённый приказом МЗ РФ №280 от 14 июля 1999 г. в сочетании с простагландинами Мизопростол (Миролют). Метод медикаментозного аборта включает в себя 3 визита пациентки к врачу.

Ультразвуковое обследование органов малого таза проводилось на аппарате «Алока – 1100», с помощью конвексного абдоминального и вагинального датчиков.

Результаты и обсуждение

Проведённый анализ показал, что большинство женщин 1-й и 2-й групп были первобеременными (88,9 и 84,5% соответственно).

Средний срок аменореи с первого дня последней менструации до прерывания беременности составил в группах 42,4 и 42,7 дней соответственно, что достоверно не различалось.

Анализ контрацептивного поведения показал, что частота использования методов контрацепции не различалась у женщин в обследуемых группах. Большинство пациенток предпочитали барьерный метод контрацепции, частота использования оральных

СОЛОВЬЁВА Марианна Иннокентьевна – к.м.н., отличник профессионального образования РС(Я), доцент кафедры МИ ЯГУ, ; **ИГНАТЬЕВА Людмила Николаевна** – врач акушер-гинеколог высшей квалиф. категории, зав. отделением ГУ РБ №2-ЦЭМП.