

ВЕСТНИК  
СМОЛЕНСКОЙ  
ГОСУДАРСТВЕННОЙ  
МЕДИЦИНСКОЙ  
АКАДЕМИИ

2

1920-2004



СМОЛЕНСК 2004

Вестник Смоленской государственной медицинской академии.  
Хирургический выпуск. Редакторы выпуска А.В. Бельков, Н.Ф. Фаращук.  
Смоленск: Изд-во СГМА, 2004. - № 2, 170 с.

Главный редактор  
В.Г. ПЛЕШКОВ

Редакционная коллегия:

Р.С. Богачев, А.И. Борохов, М.Н. Гомончук, Е.И. Зайцева, А.Н. Иванян,  
С.А. Касумьян, Л.В. Козлова, СБ. Козлов. В.А. Милягин, О-В. Молотков,  
Л.П. Нарезкина (отв. секретарь), С.С. Никулина, В.А. Правдивцев, А.С.  
Соловьев, Н.Ф. Фаращук, А.Г. Шаргородский.

Адрес редакции - 214019, Россия, Смоленск, ул. Крупской, 28, тел.(0812) 55-02-75,  
Факс: (0812) 52-01-51, E-mail: [admuusgma@sci.smolensk.ru](mailto:admuusgma@sci.smolensk.ru)

## МЕТОД КЛИНОВИДНОЙ ДЕГИДРАТАЦИИ В ДИАГНОСТИЧЕСКОМ АЛГОРИТМЕ У БОЛЬНЫХ С ОСЛОЖНЕННЫМ ТЕЧЕНИЕМ ХРОНИЧЕСКОГО КАЛЬКУЛЕЗНОГО ХОЛЕЦИСТИТА

*Т.В. Маринич, А.В. Борсуков, А.В. Бельков, Р.А. Алибегов, Д.В. Нарезкин, А.К. Волюнец,*

*О.А. Сергеев*

*МЛПУ 1 КБ, ПНИИ «Ультразвуковые и малоинвазивные технологии» СГМА г. Смоленск, Смоленская государственная медицинская академия*

Заболевания желчевыделительной системы регистрируются у 294 человек на 100 тысяч населения, что составляет более 25% (до 50%) больных с патологией органов пищеварения. Примерно в 5-10% случаев патология желчного пузыря регистрируется у больных общетерапевтического стационара. Хроническому холециститу (ХХ) принадлежит центральное место среди болезней билиарной системы. С этим диагнозом ежегодно госпитализируются более 1млн. человек, а число койко-дней превышает 15 млн. По данным хирургов, у 60-80% больных холециститом выявляются камни желчного пузыря. Желчнокаменная болезнь (ЖКБ) – одно из самых распространенных заболеваний. Так, только в США насчитывается 15 млн. таких больных. В Европе в возрасте старше 50 лет страдают ЖКБ около 1/3 женщин и около 1/4 мужчин.

Значение проблемы заболеваемости ХХ определяется не только медицинскими, но и социальными аспектами: распространенностью в наиболее трудоспособном возрасте, высокими показателями временной и стойкой утраты трудоспособности

Обострение ХХ характеризуется многообразием клинических проявлений, высокими показателями неблагоприятных исходов лечения. Нельзя считать решенными вопросы правильной диагностики заболевания, особенно на догоспитальном этапе. Ошибочная диагностика при направлении в стационар составила 20,7%, ошибки госпитального этапа – 2,9%. Все это требует постоянного усовершенствования имеющихся методов диагностики и разработки новых. В этих условиях необходимы дополнительные простые лабораторные скрининг-тесты, применение которых позволило оценить на ранних стадиях прогноз течения заболевания и возможность развития осложнений. В период страховой медицины следует также учитывать экономичность данных методов.

С середины 90-х годов В.Н. Шабалиным, С.Н. Шатохиной в Российском научно-исследовательском институте геронтологии разрабатывался оригинальный способ исследования структуропостроения биожидкостей при их переходе в твердую фазу, который в дальнейшем получил название «метод клиновидной дегидратации». В итоге проведенных исследований была принята следующая методика изучения структуры твердой фазы биологических жидкостей. На обезжиренное предметное стекло, расположенное строго горизонтально, наносили каплю биожидкости в объеме 10-20 мкл. При этом диаметр капли составлял 5-7 мм. Капля высушивалась при температуре 20-25 градусов и относительной влажности 65-70% при минимальной подвижности воздуха, получалась тонкая пленка из биологической жидкости (фация). Продолжительность периода высыхания (до момента анализа структуры) составляла 18-24 часа. Затем полученный препарат анализировался микроскопически.

Целью нашей работы было оценить возможности метода клиновидной дегидратации для диагностики осложненного течения хронического калькулезного холецистита (ХКХ).  
Материалы и методы. В течение 2003-2004 гг. нами обследовано 24 пациента: 20 женщин и 4 мужчины, в возрасте от 36 до 76 лет, с обострением хронического калькулезного холецистита, находившихся на лечении в гастроэнтерологическом и хирургическом отделениях МЛПУ 1 КБ.

Больные поступали в отделения с диагнозом: «хронический калькулезный холецистит в стадии обострения», «острый холецистит», «печеночная колика» – в течение 1-3 суток после развития приступа. Анамнез желчнокаменной болезни у 5 больных составлял более 15 лет, у 10 – от 7 до 10 лет, у 4 – от 3 до 7 лет, у 5 – менее 3 лет. Контрольная группа – 15 человек, не страдающих какими-либо хроническими воспалительными заболеваниями желчного пузыря и печени, сравнимая по возрасту.

Проводилось стандартное клиническое обследование, ультразвуковое исследование органов брюшной полости, морфологическое исследование сыворотки крови, желчи методом клиновидной дегидратации. Кровь для морфологического исследования у каждого пациента брали утром, натощак при поступлении, через 5 суток после госпитализации. Желчь получали при канюляции большого дуоденального соска (БДС) при фиброгастродуоденоскопии (ФГДС). Каждому больному проводилось ФГДС в течение первых двух суток госпитализации. При консервативном ведении больного через 5-7 дней после госпитализации повторно проводилась ФГДС с взятием желчи, а у больных, подвергшихся оперативному вмешательству, желчь получали интраоперационно путем пункции желчного пузыря до его удаления. Дуоденальное зондирование у больных с обострением ХКХ противопоказано, т.к. может способствовать развитию осложнений.

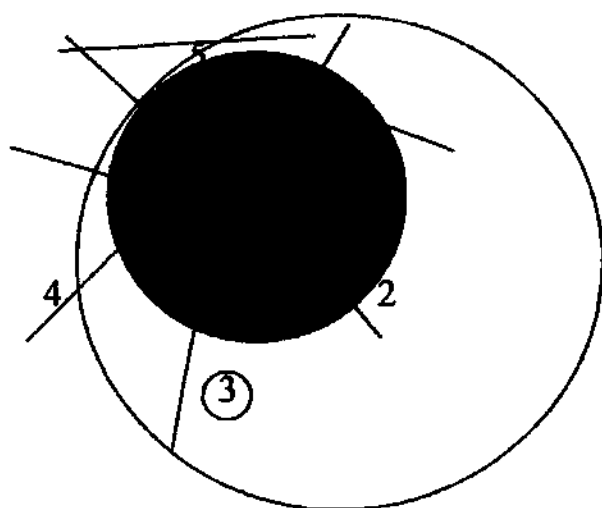
Качественные признаки оценивались с помощью непараметрических методов (критерий Вилкоксона), методики объемной оценки, шкалы полуколичественной оценки морфологических изменений.

Результаты исследования. У 18 больных (75%) -1-я группа- обострение ХКХ протекало без осложнений, лечение проводилось консервативно в соответствии с приказом №125 МЗ РФ от 17.04.1998. Однако у 6 пациентов (25%) - 2-я группа- состояние потребовало оперативного вмешательства в связи с развившимися осложнениями: флегмонозным холециститом - у 4 больных (16,7% от общего числа больных), перфорацией стенки желчного пузыря - у 1 больного (4,17%), механической желтухой - у 1 больного (4,17%). При морфологическом исследовании сыворотки крови контрольной группы (n=15) отмечались симметричное расположение радиальных трещин, прямоугольные отдельности, круглые конкреции небольшого размера (рис. 1.).

При морфологическом исследовании желчи контрольной группы (рис.2.) наблюдались две основных структурных зоны – центральная кристаллическая (зона кристаллов солей) и краевая (зона органических веществ). Краевая зона равномерно окрашена в желтый цвет, в ней определяется небольшое количество дугообразных трещин. В центральной зоне выявлялись кристаллы солей в виде ветвящихся структур, углы между пересекающимися осями кристаллов близки к 90 градусам. 75% площади фации составляет зона кристаллизации.

При анализе клинических данных - у пациентов первой группы отмечались боли в правом подреберье, положительный симптом Ортнера, в клинических анализах крови отмечался лейкоцитоз со сдвигом формулы влево, ускорение СОЭ. УЗИ – исследование выявляло утолщение стенки желчного пузыря до 5-6 мм., с нарушением ее УЗ-структуры, наличие конкрементов в просвете и шейке желчного пузыря. Проведенное морфологическое исследование сыворотки крови у пациентов при неосложненном течении ХКХ показало, что имеется тенденция к увеличению количества анизотропных структур, асимметричное расположение трещин, крупные неправильной формы отдельности, их полиморфизм. При этом в 95% фаций трещины локализуются в периферической (белковой) зоне. Целесообразно отметить, что отдельности крупные, чаще овальной формы (84% отдельностей). При морфологическом исследовании желчи отмечалось у 12 из 18 пациентов (66.7%) уменьшение количества дугообразных трещин. У всех пациентов в центральной зоне определялись кристаллы солей в виде ветвящихся структур, причем углы между пересекающимися осями

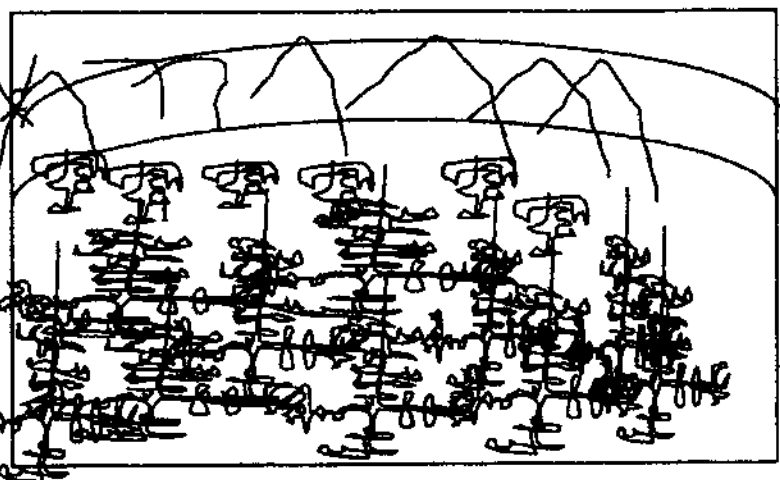
кристаллов варьировали от 90 до 120 градусов. 70% площади фации составляет зона кристаллизации.



Обозначения:

- 1 – центральная зона (зона кристаллизации);
- 2 – периферическая (белковая) зона;
- 3 – конкреция;
- 4 – трещина;
- 5 – отдельность.

Рис. 1. Фация сыворотки крови лиц группы сравнения.



Обозначения:

- 1- центральная зона (зона кристаллизации);
- 2 - краевая зона (зона органических веществ);
- 3 – трещина;
- 4 – кристаллы солей.

Рис. 2. Фация желчи лиц контрольной группы.

У больных второй группы клинические проявления и изменения анализов крови существенно не отличались от аналогичных данных пациентов первой группы. УЗИ – исследование у пациентов с осложненным течением ХКХ в первые сутки наблюдения выявляло неспецифические признаки изменения стенки желчного пузыря, неоднородность внутренней структуры, что не позволяло однозначно выявить осложненное течение ХКХ, в этом случае было необходимо УЗИ в динамике через 5,8,12,24 часа. Нами проанализированы особенности морфологической картины сыворотки крови, желчи каждого случая осложненного течения ХКХ. При механической желтухе фация сыворотки крови окрашена в желтый цвет, трещины единичные, они имеют дугообразную форму, в периферической зоне – участки кристаллизации округлой формы. Фация желчи окрашена в темно-желтый цвет, зона кристаллизации выражена больше, углы между осями всех солевых кристаллов больше 90 градусов. У всех больных с флегмонозным холециститом фация сыворотки крови характеризовалась единичными трещинами, которые имели дугообразную форму и располагались в периферической зоне, также наблюдались фигуры сопровождения вдоль трещин. Фация желчи носила аморфный

характер (зона кристаллизации выражена слабо, кристаллы солей расположены хаотично, углы между осями кристаллов 60-90%). При перфорации стенки желчного пузыря - в фации сыворотки крови трещины единичные, они грубые и изогнутые, переходящие из периферической зоны в центральную. Фация желчи была аналогичной морфологической картине при флегмонозном холецистите. Исходя из полученных данных, у больных с осложненным течением ХКХ нами выявлены более выраженные изменения фаций сыворотки крови, желчи, носящие системный характер, когда клинические данные не имели видимых отличий от первой группы, а результаты УЗИ представляли неспецифические признаки, требующие динамической оценки.

Метод морфологического сравнительного исследования сыворотки крови и желчи возможен для использования в неинвазивной оценке характера клинического течения обострения хронического холецистита, может быть включен в диагностический алгоритм. У больных с различными по тяжести осложнениями, еще на доклинической стадии, характер морфологической картины резко изменялся, появлялись качественные нарушения системного структуропостроения, свидетельствующие о тяжелых метаболических сдвигах.

### Литература

1. Лирман А.В., Кононенко Е.В., Груздев М.П. Изменение состава желчи у больных хроническим холециститом и хроническим панкреатитом // Клини. Медицина. - 1985. - №9. - С. 95-98.
2. Комаров Ф.И., Гребнев А.Л., Хазанов А.И. Руководство по гастроэнтерологии. - Т.№2, глава 18.-1995.
3. Максимов В.А., Цицеров В.И., Каверина И.К. Распространенность холедохолитиаза по результатам анализа аутопсий и ультразвукового исследования желчевыделительной системы// В кн.: Сб. трудов конференции: «Клинические аспекты фармакотерапии и презентация нового в гастроэнтерологии».- Смоленск-М., 1992.- С. 76-78.
4. Реброва О.Ю. Статистический анализ медицинских данных. - М.: 2002. - 310 с.
5. Тучина Л.М., Жук Л.Г. и др. Эпидемиология заболеваний печени и желчных путей населения г. Москвы // Российский гастроэнтерологический журнал. - 2001. - №1. - С. 30-33.
6. Шабалин В.Н., Шатохина С.Н. Системная самоорганизация биологических жидкостей организма и старение // Сборник I Российского съезда геронтологов и гериатров. - Самара. - 1999. - С.502-505.
7. Шабалин В.Н., Шатохина С.Н. Морфология биологических жидкостей человека. - М.: 2001. - 304 с.
8. Шатохина С.Н. Диагностическое значение кристаллических структур биологических жидкостей в клинике внутренних болезней: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук - М., 1995, - 38 с.
9. Partial characterization of a nonmicellar system of cholesterol solubilization in bile / Lee S., Park H., Madoni H., Kaler E. // Amer. J. Physiol. - 1997. - Vol.252. - P.374-383.

## СОДЕРЖАНИЕ

<b>ОРИГИНАЛЬНЫЕ СТАТЬИ</b> .....	3
<b>ЛЕЧЕНИЕ РЕЦИДИВНОГО УЗЛОВОГО ЗОБА: НУЖНА ЛИ ОПЕРАЦИЯ</b> А.Н.БАРСУКОВ, Е.В.КИСЕЛЁВ .....	3
<b>СПОРНЫЕ ВОПРОСЫ ЧРЕСКОЖНОЙ СКЛЕРОЗИРУЮЩЕЙ ТЕРАПИИ ЭТАНОЛОМ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ ОБРАЗОВАНИЙ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ</b> А.Н.БАРСУКОВ .....	8
<b>ВАРИАНТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПЕРФОРАТИВНЫХ ЦИЛОРОДУОДЕНАЛЬНЫХ ЯЗВ НА ФОНЕ ПЕРИТОНИТА</b> А.В.БЕЛЬКОВ, А.В.КУЧЕНКОВ .....	14
<b>КЛИНИКО-ПАТОАТОМИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА «ЛЕТАЛЬНОГО» СУБТОТАЛЬНО-ТОТАЛЬНОГО ПАНКРЕОНЕКРОЗА</b> А.В.БЕЛЬКОВ, А.И. ПАНКОВ, С.В. ИГНАТЬЕВ, Т.И. ПРОХОРЕНКО .....	17
<b>ПЕРСПЕКТИВЫ МАЛОИНВАЗИВНОГО ЭЛЕКТРОХИМИЧЕСКОГО ЛИЗИСА В ЛОКАЛЬНОМ ЛЕЧЕНИИ ОЧАГОВЫХ ПОРАЖЕНИЙ ПЕЧЕНИ МЕТАСТАТИЧЕСКОГО ГЕНЕЗА</b> А.В. БОРСУКОВ, А.В. Бельков, А.И. Гассинец, Р.А. Алибегов, А.С. Ефимкин, Н.В. Новикова, Е.П. Голик, Ю.С. Терентьев, З.А. Лемешко, Б.К. Момджан .....	22
<b>АНТИКОАГУЛЯНТНЫЕ КОМПОЗИЦИИ ДЛЯ БИОЛОГИЧЕСКИХ ПРОТЕЗОВ КРОВЕНОСНЫХ СОСУДОВ МАЛОГО ДИАМЕТРА</b> Л.И. Вольнец, А. В.Бельков, В.И. Севастьянов, А.Б. Вольнец, А.Н. Евдокимов .....	24
<b>ПАТОГЕНЕТИЧЕСКАЯ РОЛЬ МИКРОХОЛЕДОХОЛИТИАЗА В ЗАБОЛЕВАНИЯХ ОРГАНОВ ПАНКРЕАТОБИЛИАРНОЙ ЗОНЫ</b> В.В. Лаптев, А.Ю. Цкаев .....	28
<b>ЭФФЕКТИВНОСТЬ ОЗОНОТЕРАПИИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ</b> А. Д. Лебянов, Ю. Н. Жинко, А. А. Ефремов .....	30
<b>РОЛЬ ПРЕДОПЕРАЦИОННОЙ ДЕКОМПРЕССИИ ЖЕЛЧНЫХ ПУТЕЙ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХОЙ</b> В.И. Малярчук, Ф.В. Базилевич, З.Ш. Абашидзе, А.С. Габоян, А.Е.Климов .....	34
<b>К ВОПРОСУ О ПРОФИЛАКТИКЕ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ ПАНКРЕАТОГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЙ РЕЗЕКЦИИ</b> В.И. Малярчук, Ф.В. Базилевич, А.Е. Климов, А.С. Габоян, В.Ю. Малога, О.Н. Петенко .....	37
<b>ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ТРАНСДУОДЕНАЛЬНОЙ ПАПИЛЛОСФИНКТЕ- РОТОМИИ В ЛЕЧЕНИИ ХОЛЕДОХОЛИТИАЗА И СТЕНОЗА БОЛЬШОГО ДУОДЕНАЛЬНОГО СОСОЧКА</b>	

В.И. Малярчук, А.Е. Котовский, И.М. Шадин, Н.С. Шкурская, А. А. Аль-Хакими ..... 39

**ПРОФИЛАКТИКА СЕРДЕЧНО-ЛЕГОЧНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ  
ПРИ ВЫБОРЕ МЕТОДА ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ КАЛЬКУЛЕЗНОГО  
ХОЛЕЦИСТИТА**

В.И. Малярчук, В.П. Русанов, Ф.А. Бабаев .....42

**АНАЛИЗ ПРЕРОДОВОЙ ПОДГОТОВКИ И ПЕРИОПЕРАЦИОННОГО ПЕРИОДА У  
БЕРЕМЕННЫХ, СТРАДАЮЩИХ ГЕСТОЗОМ**

А.Н. Мамась .....45

**МЕТОД КЛИНОВИДНОЙ ДЕГИДРАТАЦИИ В ДИАГНОСТИЧЕСКОМ  
АЛГОРИТМЕ У БОЛЬНЫХ С ОСЛОЖНЕННЫМ ТЕЧЕНИЕМ ХРОНИЧЕСКОГО  
КАЛЬКУЛЕЗНОГО ХОЛЕЦИСТИТА**

Т.В. Маринич, А.В. Борсуков, А.В. Бельков, Р.А. Алибегов, Д.В. Нарезкин, А.Б. Вольнец,  
О.А. Сергеев .....47

**ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ГИГАНТСКИХ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ ЯЗВ**

Д.В. Нарезкин, А.Д. Шатохина .....51

**РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ХРОНИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ВЕРХНИХ  
ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ И ОРГАНА СЛУХА В УСЛОВИЯХ СОВРЕМЕННОЙ  
ДЕМОГРАФИЧЕСКОЙ СИТУАЦИИ**

И.В. Отвагин ..... 54

**К ВОПРОСУ О ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ СООТНОШЕНИЯХ ПРИ  
ОСЛОЖНЕННЫХ ФОРМАХ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ЖЕЛУДКА И  
ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ**

Е.А. Северова ..... 57

**АНАЛИЗ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЛЕГКИХ ПОСЛЕ  
ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ**

О.Е. Шалаева .....60

**К ВОПРОСУ ДИАГНОСТИКИ ПАТОЛОГИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ  
ГЕПАТИКОХОЛЕДОХА У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ КАЛЬКУЛЕЗНЫМ  
ХОЛЕЦИСТИТОМ**

С.Г. Шаповальянц, А.Г. Мыльников, А.Г. Паньков, С.Ю. Орлов,  
Т.Б. Ардасенов .....64

**МЕДИКАМЕНТОЗНАЯ ДЕНЕРВАЦИЯ ЖЕЛУДКА КАК МЕТОД ПРОФИЛАКТИКИ  
ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ ОПЕРАЦИЯХ НА ЖЕЛУДКЕ В ЭКСПЕРИМЕНТЕ**

Е.А. Юркова, Л.В. Тихонова .....66

**ОБЗОРНЫЕ СТАТЬИ** .....69

**СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ДИАГНОСТИКИ И ПРЕДОПЕРАЦИОННОЙ  
ПОДГОТОВКИ БОЛЬНЫХ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХОЙ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ).**

Ф.В. Базилевич, А.С. Габоян, В.И. Малярчук, З.Ш. Абашидзе, А.Е. Климов .....69