

К. Р. Юсиф-заде

РЕТРОСПЕКТИВНЫЙ АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ БИЛИАРНОЙ СИСТЕМЫ У ЛИЧНОГО СОСТАВА ПОГРАНИЧНЫХ ВОЙСК

Военный госпиталь Государственной Пограничной Службы, г. Баку,
Азербайджанская Республика

Проведен статистический и экспертный анализ историй болезней 404 хирургических больных, по поводу заболеваний желчного пузыря и внепеченочных желчных протоков, их возрастно-половая структура и наличие сопутствующих заболеваний. У госпитализированных больных были выявлены следующие патологии: хронический калькулезный холецистит; обострение хронического калькулезного холецистита; острый калькулезный холецистит, осложненный механической желтухой и холедохолитиазом; острый гангренозный холецистит; механической желтухой и холедохолитиаз; острый флегмонозный калькулезный холецистит; полип желчного пузыря и другие заболевания.

Максимальные значения по частоте встречаемости были выявлены по хроническому калькулезному холециститу и данной патологии в стадии обострения. Практически у всех обследуемых хирургических больных наблюдалось сочетанное проявление различных нозологических форм фоновой патологии и сопутствующих заболеваний. Характерными признаками поражения желчного пузыря и желчных протоков при хроническом калькулезном холецистите были утолщение стенки желчного пузыря до 3–4 мм и увеличение его размеров. При этом необходимо отметить, что для каждой формы патологии органов билиарной системы выявлялись различные ультразвуковые признаки.

Ключевые слова: ретроспективный анализ, холецистит, ультразвук.

K. R. Yusif-zade

**RETROSPECTIVE ANALYSIS OF SURGICAL TREATMENT
OF THE BILIARY SYSTEM DISEASES IN THE PERSONNEL OF STATE BORDER SERVICE**

Was made the statistical and expert analysis of case histories of 404 surgical patients, concerning diseases of the gallbladder and extra hepatic bile ducts, their age and sex structure and the presence of comorbidities. In hospitalized surgical patients was determined the following pathologies: chronic calculous cholecystitis, acute exacerbations of chronic calculous cholecystitis, acute calculous cholecystitis, acute gangrenous calculous cholecystitis, acute abscess calculous cholecystitis, gallbladder polyp, etc. Maximum values of frequency of occurrence were identified for chronic calculous cholecystitis and for this pathology in the acute stage. Virtually all surveyed surgical patients experienced a combined manifestation of different clinical entities of main pathology and comorbidities. Typical signs of lesions of the gallbladder and bile ducts in chronic calculous cholecystitis were thickening of the gallbladder wall to 3–4 mm and increasing its size. It should be noted that for each form of the biliary system pathology revealed different ultrasonic characteristics.

Key words: Retrospective analysis, cholecystitis, ultrasonic.

Заболевания билиарной системы, являясь одними из самых распространенных заболеваний среди различных патологий, которые поражают человеческий организм на органном или системном уровнях, выявляются преимущественно среди трудоспособного контингента населения, но при этом необходимо отметить тот факт, что за последние годы наблюдается некоторая тенденция в росте их частоты встречаемости среди лиц более молодого и даже детского возраста (1, 3, 4, 12). Достижения современной медицины, в частности в области материаловедения и абдоминальной хирургии, явилось результатом широкого внедрения в оперативную хирургию по оперативному лечению патологий билиарной системы лапароскопической холецистэктомии. Отличительными особенностями и преимуществами данной методики в сравнении с традиционными явилось значительное сокращение сроков госпитализации и реабилитационного периода, послеоперационной боли, а также минимальная травматичность (6, 7, 8, 9, 11). Экспертная оценка непосредственных и отдаленных результатов госпитализации и ведения больных с воспалительными и деструктивными заболеваниями желчного пузыря для изучения характера, степени тяжести патологий и выявления отягощающих в лице различных сопутствующих патологий органов и систем организма факторов, нарушающих иммунологическую реактивность и физиологические функции организма, позволит улучшить результаты и оптимизировать лечебную тактику путем выбора адекватных в зависимости от каждой сложившейся клинической ситуации методов и средств комплексных лечебных мероприятий (2).

Материал и методы. Был осуществлен статистический анализ анкет и истории болезней 404 хирургических больных личного состава пограничной службы в возрасте от 28 до 60 и старше лет. Из них 302 женщины и 102 мужчин; в некоторых случаях у обследованных пациентов имели сочетанные заболевания желчевыводящей системы и сопутствующие патологии различных органов и систем организма.

Практически у всех обследуемых хирургических больных наблюдалось сочетание как самих фоновых, так и различных сопутствующих заболеваний (патологии сердечно-сосудистой, эндокринной и мочеполовой систем). Сопутствующие заболевания наблюдались у 86 (21,28%) пациентов, перенесших ЛХЭ. Из сопутствующих заболеваний сердечно-сосудистые заболевания встречались у 35 (8,7%), сахарный диабет – у 22 (5,4%), урологические болезни – у 6 (1,5%), гинекологические болезни – у 6 (1,5%).

При необходимости точной топической диагностики изменений в панкреатодуоденальной зоне проводились компьютерные томографические исследования с использованием томографа SIEMENS SOMATOM SENSATION 64.

В диагностике заболеваний желудка и 12-перстной кишки использован комплекс современной аппаратуры: многофункциональная рентгенографическая установка «Shimadzu» (Япония). При необходимости эндоскопической ретроградной холангиопанкреатографии (ЭРХПГ) и эндоскопической папиллосфинктеротомии (ЭПСТ) применялся гастродуоденоскоп TJF-150 и стойка фирмы «Olympus». Ультразвуковые исследования производились на аппарате экспертного типа «Siemens Acuson X300» с использованием многочастотного датчика GH5–2 для трансабдоминального исследования.

Операция ЛХЭ выполнялась со стойкой и набором инструментов фирмы «Karl Storz» (Германия), «Covidien» (Швейцария). Перед УЗИ ставились следующие задачи: оценить изменения размеров желчного пузыря, толщину и состояние его стенок, при этом были зафиксированы состояние наружной поверхности и внешний вид слизистой оболочки желчного пузыря.

Для характеристики группы однородных единиц были определены их средние арифметические величины (M), ее стандартная ошибка (m) и диапазон изменений ($\min\text{--}\max$). В целях статистической обработки данных был применен непараметрический – критерий U (Уилкоксона–Манна–Уитни) и параметрический – t критерий Стьюдента, как метод оценки раз-

личий показателей. Статистическое различие между группами считалось достоверным при значении $p < 0,05$. Статистическая обработка полученных данных проводилась на персональном компьютере с использованием современного программного обеспечения – редактора электронных таблиц Microsoft Excel 2007 и пакета прикладных программ Statistica 7.0 (6).

Результаты исследований и их обсуждение

По форме и степени тяжести исследуемых патологий, госпитализированные пациенты были разделены на следующие группы: 1) хронический калькулезный холецистит; 2) обострение хронического калькулезного холецистита; 3) острый калькулезный

холецистит, осложненный механической желтухой и холедохолитиазисом; 4) острый гангренозный холецистит; 5) механической желтухой и холедохолитиаз; 6) острый флегмонозный калькулезный холецистит; 7) полип желчного пузыря и 8) другие заболевания.

Общее количество хирургических больных, выбранных для проведения данных научных исследований составило 404, куда входили $25,2 \pm 2,16\%$ – мужчин; $74,8 \pm 2,16\%$ – женщин в возрасте 30 до 80 лет. Возрастные группы были составлены следующим образом: лица старше 60 лет – $15,3 \pm 1,79\%$, 51–60 лет – $29,2 \pm 2,26\%$, 46–50 лет – $15,1 \pm 1,78\%$, 35–45 лет – $22,8 \pm 2,09\%$, до 35 лет – $17,6 \pm 1,89\%$ (табл. 1).

Таблица 1. Распределение больных по клиническому диагнозу и возрасту

Клинический диагноз	Кол. больных абс.	Возрастные группы				
		До 35 лет абс. (%)	35–45 лет абс. (%)	46–50 лет абс. (%)	51–60 лет абс. (%)	Более 60 лет абс. (%)
1-я группа	306	55 (77,5 $\pm$ 4,96)	69 (75,0 $\pm$ 4,51)	48 (78,7 $\pm$ 5,24)	89 (75,4 $\pm$ 3,96)	45 (72,6 $\pm$ 5,67)
2-я группа	50	12 (16,9 $\pm$ 4,45)	12 (13,0 $\pm$ 3,51)	7 (11,5 $\pm$ 4,08)	10 (8,5 $\pm$ 2,56)	9 (14,5 $\pm$ 4,47)
3-я группа	16	–	6 (6,5 $\pm$ 2,57)	2 (3,3 $\pm$ 2,28)	5 (4,2 $\pm$ 1,85)	3 (4,8 $\pm$ 2,73)
4-я группа	3	1 (1,41 $\pm$ 1,40)	–	–	2 (1,69 $\pm$ 1,19)	–
5-я группа	1	–	–	–	1 (0,85 $\pm$ 0,84)	–
6-я группа	6	–	2 (2,17 $\pm$ 1,52)	1 (1,64 $\pm$ 1,63)	3 (2,54 $\pm$ 1,45)	–
7-я группа	9	3 (4,23 $\pm$ 2,39)	2 (2,17 $\pm$ 1,52)	2 (3,3 $\pm$ 2,28)	2 (1,69 $\pm$ 1,19)	–
8-я группа	13	–	1 (1,09 $\pm$ 1,08)	1 (1,64 $\pm$ 1,63)	6 (5,1 $\pm$ 2,02)	5 (8,1 $\pm$ 3,46)
Всего	404	71 (17,6 $\pm$ 1,89)	92 (22,8 $\pm$ 2,09)	61 (15,1 $\pm$ 1,78)	118 (29,2 $\pm$ 2,26)	62 (15,3 $\pm$ 1,79)

Сочетанные проявления и развитие заболеваний желчевыводящей системы, в частности, острый калькулезный холецистит, осложненный холедохолитиазом и механической желтухой, имели место при обследовании 16 больных, где максимальные значения по частоте встречаемости изучаемой комбинации патологических состояний органов билиарной системы регистрировались возрастной группе 35–45 лет.

В исследовании использованы материалы 404 историй болезней больных, госпитализированных по поводу хирургического лечения желчнокаменной болезни. Среди больных 302 (74,75%) женщин, 102 (25,24%) мужчин. Возрастной интервал колебался от 16 до 80 лет и в среднем составил $47,68 \pm 12,93$ лет. Возрастной интервал мужчин составил 16–80 лет, в среднем $48,68 \pm 12,39$; женщин – 18–77 лет, в среднем $47,34 \pm 13,11$. В целом возраст приблизительно 1/4 больных был в пределах 51–60 лет. Возрастная характеристика больных подробно отражена в таблице 2.

Таблица 2. Возрастная характеристика больных, которым выполнена лапароскопическая холецистэктомия

Возрастной интервал	Мужчины (абс., %)	Женщины (абс., %)	Всего (абс., %)
11–20	1 (0,98%)	4 (1,32%)	5 (1,23%)
21–30	7 (6,87%)	28 (9,24%)	35 (8,65%)
31–40	16 (15,68%)	57 (18,81%)	73 (18,02%)
41–50	33 (32,35%)	78 (25,74%)	111 (27,41%)
51–60	33 (32,35%)	86 (28,38%)	119 (29,38%)
61–70	7 (6,87%)	39 (12,87%)	46 (11,36%)
71–80	5 (4,9%)	11 (3,63%)	16 (3,95%)
Всего	102 (100%)	302 (100%)	404 (100%)

При ультразвуковом методе исследования обследуемых с различными формами заболеваний билиарной системы общими и в то же время характерными отличительными признаками деструктивных изменений в тканях желчевыводящей системы были увеличение размеров желчного пузыря и утолщение его стенок. При этом необходимо отметить, что для каждой формы патологии органов билиарной системы выявлялись отличные ультрасонографические признаки (5).

Характерными признаками поражения желчного пузыря и желчных протоков при хроническом калькулезном холецистите были утолщение стенки желчного пузыря до 3–4 мм и увеличение его размеров. Так если для острой формы калькулезного холецистита, осложненного механической желтухой и холедохолитиазом, более характерными было утолщение стенки желчного пузыря до 3 мм, а в нередких случаях более 5 мм, то для острой флегмонозной формы желчнокаменной болезни было характерно более выраженное утолщение стенки, достигающее в подавляющем большинстве случаев величины, превышающей 5 мм (табл. 3).

При ультразвуковом методе исследования хирургических больных были получены сведения о характере поражения желчного пузыря и желчных протоков, свидетельствующие о наличии некоторой общности, которая заключалась в увеличении размеров и толщины стенок желчного пузыря, и определенных различий в степени изменений по вышеуказанным факторам для каждой формы воспаления желчного пузыря.

Таблица 3. Показатели толщины стенки желчного пузыря в зависимости от клинического диагноза

Клинический диагноз	Кол-во больных	До 3 мм		3–5 мм		Более 5 мм	
		абс.	%	абс.	%	абс.	%
1-я группа	306	248	81,1±2,24	53	17,3±2,16	5	1,6±0,72
2-я группа	50	43	86,0±4,91	5	10,0±4,24	2	4,0±2,77
3-я группа	16	7	43,8±12,40	3	18,8±9,76	6	37,5±12,10
4-я группа	3	–	–	1	33,3±27,22	2	66,7±27,22
5-я группа	1	–	–	1	100,0	–	–
6-я группа	6	–	–	2	33,3±19,25	4	66,7±19,25
7-я группа	9	9	100,0	–	–	–	–
8-я группа	13	10	76,9±11,69	1	7,7 ±7,39	2	15,4±10,01
Всего	404	317	78,5±2,05	66	16,3±1,84	21	5,2±1,10

Диагноз острого флегмонозного калькулезного холецистита при ультразвуковом методе обследования основывался на увеличении размеров желчного пузыря чаще всего в значениях 7–9 и более сантиметров и утолщении ее стенок, превышающем пяти миллиметровую отметку. К важ-

ным прогностическим критериям при развитии осложнений острой формы желчнокаменной болезни, в частности механической желтухи и холедохолитиаза, могут быть отнесены: размеры желчного пузыря, определяющихся в значениях 7–9 см (табл. 4).

Таблица 4. Показатели размеров желчного пузыря в зависимости от клинического диагноза

Клинический диагноз	Кол-во больных	До 7 см		7–9 см		Более 9 см	
		абс.	%	абс.	%	абс.	%
1-я группа	306	44	14,4±2,01	244	79,7±2,30	18	5,9±1,35
2-я группа	50	6	12,0±4,60	43	86,0±4,91	1	2,0±1,98
3-я группа	16	1	6,3 ±6,05	14	87,5±8,27	1	6,3±6,05
4-я группа	3	–	–	3	100,0	–	–
5-я группа	1	–	–	–	–	1	100,00
6-я группа	6	–	–	3	50,0±20,41	3	50,00±20,4
7-я группа	9	1	11,1±10,48	7	77,8±13,86	1	11,1±10,48
8-я группа	13	–	–	10	76,9±11,69	3	23,1±11,69
Всего	404	52	12,9±1,67	324	80,2±1,98	28	6,9±1,26

Гангренозная форма острого холецистита характеризовалась утолщением стенки желчного пузыря более 5 мм и увеличением размеров пораженного органа в пределах 7–9 см, что наблюдалось в качестве характерного признака при наличии полипообразных образований в органах и тканях билиарной системы. разниа по этим исследуемым группам наблюдалась в степени утолщения стенок желчного пузыря, величина которой у всех хирургических больных, оперированных по поводу полипов желчного пузыря, не превышала 3 мм. Важное практическое значение результатов проведенных клинко-инструментальных исследований заключалось в том, что полученные статистические данные позволили выделить ряд характерных структурных изменений воспалительного генеза в желчного пузыря при некоторых его патологических состояниях, что, по мнению многих авторов, имеет важное прогностическое значение в достоверной оценке степени развития патологического процесса в органах и тканях билиарной системы, которые могут расцениваться как ультразвуковые симптомы различных форм желчнокаменной болезни.

При изучении ультразвуковых признаков патологических изменений в желчном пузыре было выявлено, что слизистая оболочка в 352 (87,12%) случаях бархатистая, в 26 случае (6,43%) атрофическая, а в 26 случае (6,43%) язвенно-эрозивная. При изучении состояния слизистой оболочки желчного пузыря для каждого пола в отдельности выявлено, что у женщин в 87,79% случаях она была бархатистой, в 6,27% случае атрофической, в 5,94% случае язвенно-эрозивной (табл. 5).

Развитие механической желтухи, как одна из форм патогенетических проявлений осложнений острого калькулезного холецистита, с холедохолитиазом, которое наблюдалась чаще при обследовании больных женского пола, негативно влияло на сроки послеоперационной активизации и госпитализации оперированных пациентов, что является показателем эффективности осуществленной комплексной лечебной тактики. В структуре госпитализированных больных с исследуемой формой холецистита основную массу составили лица, время пребывания которых в стационаре, после завершения оперативного вмешательства, составило в среднем 3–5 и более дней (табл. 6).

Таблица 5. Показатели встречаемости рисунка оболочки стенки желчного пузыря в зависимости от клинического диагноза

Клинический диагноз	Кол-во больных	Язвенная		Бархатистая		Атрофирована	
		абс.	%	абс.	%	абс.	%
1-я группа	306	21	6,9±1,45	280	91,5±1,59	5	1,6±0,72
2-я группа	50	2	4,0±2,77	46	92,0±3,84	2	4,0±2,77
3-я группа	16	3	18,8±9,76	7	43,8±12,40	6	37,5±12,10
4-я группа	3	–	–	–	–	3	100,0±0,00
5-я группа	1	–	–	–	–	1	100,0±0,00
6-я группа	6	1	16,7±15,21	–	–	5	83,3±15,21
7-я группа	9	–	–	9	100,0	–	–
8-я группа	13	–	–	10	76,9±11,69	3	23,1±11,69
Всего	404	27	6,7±1,24	352	87,1±1,67	25	6,2±1,20

Таблица 6. Показатели сроков пребывания в палате в зависимости от клинического диагноза

Клинический диагноз	Кол-во больных	До 3-х суток		3–5 суток		Более 5-и суток	
		абс.	%	абс.	%	абс.	%
1-я группа	306	98	32,0±2,67	182	59,5±2,81	26	8,5±1,59
2-я группа	50	9	18,0±5,43	30	60,0±6,93	11	22,0±5,86
3-я группа	16	6	37,5±12,10	5	31,3±11,59	5	31,3±11,59
4-я группа	3	–	–	1	33,3±27,22	2	66,7±27,22
5-я группа	1	–	–	1	100,0	–	–
6-я группа	6	–	–	1	16,7±15,21	5	83,3±15,21
7-я группа	9	3	33,3±15,71	–	–	–	–
8-я группа	13	–	–	4	30,8±12,80	9	69,2±12,80
Всего	404	116	28,7±2,25	230	56,9±2,46	58	14,4±1,74

Ранняя активизация пациентов и сравнительная меньшая длительность послеоперационного нахождения оперированного пациента в стационаре при отсутствии каких-либо серьезных осложнений и при адекватном выборе тактики хирургического вмешательства наблюдалась в первой клинической группе, где после удаления желчного пузыря по поводу хронического калькулезного холецистита количество койко-дней составило менее 4 дней. Данный показатель регистрировался у 32,0±2,67% больных с вышеуказанным диагнозом.

Аналогичная картина наблюдалась и в третьей клинической группе. При изучении протоколов проведенных холецистэктомий и ведении больных, было выявлено, что среднее время или продолжительность оперативного вмешательства в немалой степени зависело от формы, тяжести течения и степени сочетанности различных патологий, в том числе сопутствующих заболеваний.

Таким образом, средняя продолжительность оперативных вмешательств в определенной степени варьировала в зависимости от наличия той или иной сопутствующей патологии и возрастных показателей. При этом, сокращение продолжительности сроков госпитализации, стихание или полное отсутствие болевых ощущений, и на этом фоне ранняя активизация оперированных больных и улучшение их эмоционального статуса, оказывает существенное благотворительное влияние на показатели качества жизни, что

по нашему мнению имеет большое практическое и прогностическое значение в оценке эффективности проводимых среди больных с патологией желчевыводящей системы лечебных и профилактических мероприятий.

Литература

1. Багненко, С. Ф., Шляпников С. А., Корольков А. Ю. Воспалительные заболевания внепеченочных желчных путей. Взгляд с современных позиций // Инфекции в хирургии. – 2008. – Т. 6, № 1. – С. 13 – 17.
2. Мустафин, Т. И., Тимербулатов М. В., Ткаченко В. Н., Шарифгалеев И. А. Особенности клинико-морфологической диагностики холецистита и выбор лечебной тактики. Методические рекомендации. – Уфа. – 2006. – 19 с.
3. Нестеренко, Ю. А., Михайлузов С. В., Тронин Р. Ю. и др. Острый холецистит у пожилых и стариков // Клиническая геронтология: научно-практический журнал, том 12, № 6, 2006, с. 40–46
4. Плотникова, Е. Ю., Дидковская Н. А., Золотухина В. Н. Желчнокаменная болезнь до и после холецистэктомии в структуре заболеваний органов пищеварения жителей города Кемерово // Медицина в Кузбассе, 2007. – № 4. – С. 17–21.
5. Никитина, М. Н., Пиманов С. И., Луд Н. Г. Ультразвуковая диагностика полипов желчного пузыря. Инструкция по применению. Витебский государственный медицинский университет. 17 стр., 2008.
6. Орехов, Г. И. Лапароскопическая холецистэктомия из двух доступов как первый операционный опыт при хроническом калькулезном холецистите // Эндоскопическая хирургия. – 2010. – № 6. – С. 12–13.

7. Оспанов, О. Б., Дильдабеков Ж. Б. Единый лапароскопический доступ для холецистэктомии: история развития и современное состояние (обзор литературы) // Эндоскопическая хирургия. – 2011. – № 3. – С. 72–76.
8. Старков, Ю. Г., Федоров А. В., Шишин К. В. Минимизация доступа в минимально инвазивной хирургии – тенденция или необходимость // Эндоскопическая хирургия. – 2010. – № 2. – С. 125–126.
9. Litynski, G. S. Profiles in laparoscopy: Mouret, Dubois, and Perissat: the laparoscopic breakthrough in Europe (1987–1988). JSLS. 1999; 3 (2): 163–167.
10. Sun, H., Tang H., Jiang S. et al. Gender and metabolic differences of gallstone diseases // World J Gastroenterol. – 2009. – April 21; 15 (15). – P. 1886–1891.
11. Kwon, A. H., Y. Matsui. Laparoscopic cholecystectomy in patients aged 80 year and over // World J. Surg. – 2006. – Vol. 30. – P. 1204–1210.
12. National Center for Health Statistics. Health, United States, 2009: In Brief – Medical Technology. Hyattsville, MD. 2010. 7–8.

Поступила 15.04.2014 г.

А. Н. Януль¹, Д. Ю. Клименков², Е. А. Претула²,
А. В. Жилко², В. А. Стахивич³, А. Т. Гризуть³

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ЭНДОСКОПИЧЕСКИХ И МИКРОМОРФОЛОГИЧЕСКИХ ОСОБЕННОСТЕЙ ВЕРХНИХ ОТДЕЛОВ ПИЩЕВАРИТЕЛЬНОГО ТРАКТА У МУЖЧИН С СИНДРОМОМ ДИСПЕПСИИ ПРИ ПРИЗЫВЕ НА СРОЧНУЮ ВОЕННУЮ СЛУЖБУ