

диафрагмальной области. Все они были пунктированы под контролем УЗИ. Послеоперационной летальности нет.

Выводы

Оперативное лечение при гемангиомах печени показано: при осложнениях, при быстром росте опухоли, при их больших размерах, при невозможности дифференцировки от злокачественного новообразования.

При локализации гемангиомы в труднодоступных для хирургического вмешательства областях с высоким риском повреждения жизненно важных структур рекомендуем прибегать к малоинвазивным методам лечения (артериальная эмболизация, радиочастотная абляция печени, склерозирование, облучение).

Пациенты с любыми очаговыми заболеваниями печени нуждаются в обследовании и динамическом наблюдении с целью онкологической настороженности.

УДК: 616.366-002.1-02-08

МАЛОСИМПТОМНЫЕ ФОРМЫ ОСТРОГО ХОЛЕЦИСТИТА: ОСОБЕННОСТИ ПАТОГЕНЕЗА, ПУТИ УЛУЧШЕНИЯ РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ

Дундаров З. А., Лин В. В., Майоров В. М., Адамович Д. М.

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Острый холецистит занимает важное место в структуре хирургической патологии. На сегодняшний день объективно показано, что успехи современной антибактериальной и многоцелевой инфузионной терапии значительно изменяют клиническую картину заболевания, нивелируют острые проявления деструктивного холецистита, в том числе клиничко-лабораторные признаки эндогенной интоксикации, создают ложное впечатление о благоприятном прогнозе, что зачастую приводит к развитию малосимптомных гнойно-деструктивных форм острого холецистита.

Цель исследования

Изучение вопросов диагностики, разработка рациональной тактики лечения, определение методов и сроков хирургического вмешательства у пациентов с различными формами острого холецистита

Материалы и методы исследования

В исследование включено 212 пациентов с различными формами острого холецистита, проходивших лечение в Гомельской областной клинической больнице за период с 2006 по 2011 год. Мужчин было — 38 (17,9 %), женщин — 174 (82,1 %). Средний возраст больных — $51,5 \pm 2,34$ лет. Всем больным в различные сроки от поступления была выполнена холецистэктомия одним из трех способов (открытая холецистэктомия, холецистэктомия из мини доступа и лапароскопическая холецистэктомия). Нами было выделено 4 группы. Первую составили пациенты с острым холециститом, оперированные в первые трое суток от начала заболевания ($n = 99$); во вторую группу включены пациенты с острым холециститом, оперированные позже трех суток от начала заболевания ($n = 41$) в третью вошли пациенты, поступившие для планового оперативного лечения по поводу хронического холецистита, у которых на основании интраоперационных данных и гистологического заключения были выявлены различные формы острого холецистита ($n = 39$); четвертая (контрольная группа) — лица с хроническим калькулезным холециститом ($n = 33$).

Результаты и их обсуждения

Состояние пациентов первой и второй группы оценивалось как среднетяжелое, реже — тяжелое, третьей и четвертой — как удовлетворительное. Местные симптомы острого холецистита выявлены в 50,7 % случаев в первой группе и у 63,6 % пациентов второй группы. Местные симптомы острого холецистита в третьей группе оказывались сомнительными, а признаки ССВР отмечены у 25,5 % пациентов. Клинико-лабораторные показатели ССВР и ЛИИ представлены в таблице 1.

Таблица 1 — Признаки синдрома системного воспалительного ответа у пациентов трех групп (M ± m)

Признаки ССВР	Первая группа	Вторая группа	Третья группа	Контрольная группа
Т тела (°С)	37,03 ± 0,40	37,21 ± 0,23	36,70 ± 1,8	36,80 ± 0,04
ЧСС (уд./мин)	82,10 ± 1,07	80,20 ± 1,24	79,80 ± 1,08	80,06 ± 1,20
ЧД (в мин)	17,80 ± 1,18	16,80 ± 0,70	16,60 ± 0,30	16,70 ± 0,20
Кол-во лейкоцитов (×10 ⁹ /л)	10,70 ± 1,45	9,80 ± 1,20	6,90 ± 0,20	6,07 ± 0,20
СОЭ (мм/ч)	28,02 ± 2,06	27,32 ± 3,02	21,57 ± 2,05	12,80 ± 1,60
ЛИИ	3,06 ± 0,24	2,85 ± 0,37	2,08 ± 0,26	1,25 ± 0,36

Как видно из таблицы, признаками ССВР, достоверно отражающими патологический процесс у больных в первой и второй группе являются температура тела, количество лейкоцитов, СОЭ и ЛИИ. Для пациентов с малосимптомной формой острого холецистита характерно ускорение СОЭ и увеличение ЛИИ при нормальном количестве лейкоцитов.

Исследовав биохимические показатели у пациентов, установлено существенное увеличение уровня трансаминаз и мочевины в первой группе, что может послужить прогностическим критерием острого воспалительного процесса в желчном пузыре.

У 44 пациентов из разных групп проведен иммунологический анализ. Результаты представлены в таблице 2.

При этом у пациентов третьей группы выявлено снижение доли лимфоцитов, в первую очередь за счет Т-лимфоцитопении, а также уменьшения в первой и второй группах соотношения Т-хелперов к Т-супрессорам за счет увеличения Т-супрессоров. Эти результаты могут свидетельствовать об угнетении иммунного ответа у пациентов с малосимптомными формами острого холецистита на фоне вяло текущего воспалительного процесса в желчном пузыре.

Таблица 2 — Результаты иммунологического исследования у больных в первой, второй и контрольной группах (M ± m)

Показатель	Первая группа (n – 17)	Вторая группа (n – 9)	Третья группа (n – 8)	Контрольная группа (n – 10)
Лейкоциты, тыс.×10 ⁹ /л	10,7±1,45	9,8±1,2	6,9±0,2	6,07±0,2
Лимфоциты, %	22,02±2,4	20,57±3,8	13,75±3,6	23,5±4,4
Т-лимф, тыс.×10 ⁹ /л.	0,77±0,16	0,9±0,17	0,44±0,17	0,74±0,16
Т-лимф, активн.тыс.×10 ⁹ /л	0,38±0,09	0,51±0,09	0,35±0,09	0,46±0,16
В-лимф, тыс.×10 ⁹ /л.	0,29±0,07	0,33±0,09	0,27±0,11	0,29±0,07
Т-хелперы, тыс.×10 ⁹ /л.	0,4±0,09	0,56±0,11	0,39±0,1	0,49±0,17
Т-супрес., тыс.×10 ⁹ /л.	0,42±0,08	0,39±0,1	0,15±0,07	0,19±0,05
Т-хелп/Тсупрес	1,34±0,2	1,61±0,22	3,4±0,21	2,7±0,29
Ig G, г/л	11,67±0,53	9,81±0,7	9,98±1,7	9,66±1,09
Ig A, г/л	2,55±0,3	2,27±0,34	1,8±0,27	1,48±0,13
Ig M, г/л	0,87±0,35	1,18±0,38	1,01±0,13	1,03±0,24

УЗ-признаки острого холецистита (утолщение стенки, изменения структуры стенки — «двойной контур», слоистость, деформация, увеличение размеров, наличие вклиненно-

го камня в шейке желчного пузыря) присутствовали в 67 % в первой группе, в 75 % во второй и в 63 % случаев у больных со «скрытой» формой острого холецистита.

На основании данных УЗИ нами выделены 4 варианта ультразвуковой картины острого холецистита:

1-й вариант характеризуется увеличением размеров желчного пузыря, особенно поперечного размера (более 35 мм). Стенка желчного пузыря однородная, с ровным контуром, утолщена до 5 мм.

2-й вариант характеризуется утолщением стенки желчного пузыря более 5 мм, она становится неоднородной и «слоистой», внутри стенки желчного пузыря имеются анэхогенные зоны, имеется размытый или неровный внутренний контур.

3-й вариант — отмечается наличие гиперэхогенных зон с нечеткими неровными контурами вокруг желчного пузыря при отсутствии свободной жидкости в брюшной полости.

4-й вариант характеризуется деструкцией желчного пузыря с наличием жидкости в подпеченочном пространстве и других отделах брюшной полости.

Таблица 3 — Зависимость варианта УЗ картины от формы холецистита

	Первая группа	Вторая группа	Третья группа
1-й вариант	66,1 %	25,6 %	9,8 %
2-й вариант	28,6 %	58,1 %	80,5 %
3-й вариант	4 %	11,3 %	9,7 %
4-й вариант	1,3 %	5 %	0

Как видно из таблицы 3 для пациентов с малосимптомной формой острого холецистита в подавляющем большинстве характерен второй вариант УЗ картины.

В каждой из групп выполнялось три вида оперативных вмешательств: традиционная холецистэктомия, холецистэктомия из мини доступа и ЛХЭ (таблица 4).

Таблица 4 — Виды оперативных вмешательств в каждой из групп

Вид операции	1-я группа		2-я группа		3-я группа		4-я группа	
		конверсия		конверсия		конверсия		конверсия
Традиционная х/э	48	—	17	—	12	—	—	—
Мини х/э	16	—	13	2 (15,4 %)	14	1 (7,1 %)	4	—
ЛХЭ	34	1 (2,9 %)	10	2 (20 %)	13	5 (38,4 %)	29	—
Холецистостомия	1	—	1	—	—	—	—	—

Проанализировав длительность оперативного вмешательства, получена прямая взаимосвязь со степенью выраженности воспалительного процесса в желчном пузыре. Так, у пациентов первой группы, где воспалительный процесс в желчном пузыре и паравезикальной клетчатке был выражен значительно, но имел «рыхлый» характер длительность оперативного пособия была достоверно короче ($52,3 \pm 1,3$ мин), чем во второй группе ($68,8 \pm 1,9$) и особенно в третьей группе ($92,8 \pm 5,3$ мин), $p < 0,05$. Плотный инфильтрат в шейке желчного пузыря на фоне острого его воспаления у больных второй и третьей групп значительно осложнял оперативное вмешательство, создавая предпосылки для конверсии. Так, конверсии в третьей группе были выполнены в 22,9 % случаев (в 7,1 % — при операциях из мини-доступа и в 38,4 % — при ЛХЭ).

Проведено бактериологическое исследование желчи во время выполнения холецистэктомии у пациентов первых 3-х групп. Всего выполнено 79 посевов (64 у пациентов 1-й и 2-й групп, оперированных в срочном порядке и 15 у пациентов со скрытой фор-

мой острого холецистита). При этом в 54 (68,5 %) случаях высевались различные микроорганизмы, а 25 посевов дали отрицательный результат. В структуре полученных микроорганизмов преобладали Г-отрицательные 42 (77,7 %). При этом в 26 (48,1 %) случаях высевалась кишечная палочка. Анализируя результаты посевов в зависимости от сроков оперативного лечения, установлено, что при операциях в первые трое суток от поступления в стационар в желчи лишь в 56,3 % высевались микроорганизмы, а в более поздние сроки в 91,6 % посевы дали положительный результат.

Выводы

1. Диагностическими критериями малосимптомной формы острого холецистита следует считать:

- Отсутствие или крайне скудная клиническая картина острого холецистита.
- Увеличение ЛИИ.
- Отсутствие ССВР при сохранении ускоренного СОЭ.
- Относительная лимфоцитопения.
- Наличие УЗ признаков острого холецистита в сочетании со вторым вариантом УЗ картины.

2. Удлинение сроков консервативного лечения больных с острым холециститом достаточно часто приводит к развитию малосимптомных форм острого холецистита с выраженным воспалительным перипроцессом и скудными клинико-лабораторными проявлениями, увеличивает количество интраоперационных и послеоперационных осложнений, повышает стоимость лечения.

3. При выявлении малосимптомных форм острого холецистита оперативное лечение целесообразно выполнять из минилапаротомного доступа, что уменьшает количество интраоперационных осложнений и количество конверсий.

ЛИТЕРАТУРА

1. Быков, А. В. Активная хирургическая тактика у пожилых больных с острым холециститом / А. В. Быков, А. Ю. Орешкин, С. Ф. Захаров // *Анналы хирургической гепатологии*. — 2002. — Т. 7. — № 1. — С. 92–93.
2. Гальперин, Э. И. Заболевания желчных путей после холецистэктомии / Э. И. Гальперин, Н. В. Волкова. — М., Медицина, 1988. — 265 с.

УДК 616.36-003.4-08

ЛЕЧЕНИЕ НЕПАРАЗИТАРНЫХ КИСТ ПЕЧЕНИ

Дундаров З. А., Берещенко В. В., Красюк О. Н.

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Киста печени — это полость в печени, заполненная жидкостью. Выявляются примерно у 0,8 % населения. У женщин кисты печени встречается в 3–5 раз чаще, чем у мужчин, преимущественно проявляется в период между 30 и 50 годами жизни. Кисты печени делят на истинные и ложные. Истинные кисты в печени возникают во время эмбрионального развития. Ложные — развиваются после травматического разрыва печени, после лечения абсцесса печени, удаления эхинококка.

До широкого внедрения в клиническую практику малоинвазивных методов лечения, хирургические вмешательства на кистах печени выполнялись только из лапаротомного доступа. В последующем операции, проводимые с использованием лапаротомии, получили название традиционных хирургических вмешательств. Анализ литературы последних лет свидетельствует о том, что до настоящего времени не существует