

менной диагностической аппаратуры (КТ, МРТ, ЭУ) позволит повысить информативность диагностики данных заболеваний.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ефанов, М. Г. Полипвидные образования желчного пузыря: клиника, диагностика, лечение : дис.. канд. мед. наук / М. Г. Ефанов. — РМАПО., М., 2003. — 150 с.
2. Myers, R. P. Gallbladder polyps: epidemiology, natural history and management. / R. P. Myers, E. A. Shaffer, P. L. Beck // Can. J. Gastroenterol. — 2002. — Vol. 16, № 3. — P. 187–194.

УДК 616.366-071-0721

ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫЕ И КЛИНИЧЕСКИЕ МАРКЕРЫ «СКОРОСТИ» ДЕСТРУКЦИИ ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ

Сорокина О. А.

**Научные руководители: к.м.н., доцент В. М. Майоров,
ассистент В. В. Лин**

**Учреждение образования
«Гомельский государственный медицинский университет»
г. Гомель, Республика Беларусь**

Введение

Острый холецистит по частоте занимает второе место среди острых хирургических заболеваний органов брюшной полости. Основные клинические проявления острого холецистита связаны с развитием острой пузырной обструкции [1]. Исход острого холецистита зависит от степени развившихся изменений в желчном пузыре, своевременного наступления самостоятельной или медикаментозной билиарной декомпрессии, а также от возможности собственных защитных механизмов макроорганизма. При прогрессирующем течении воспалительно-деструктивного процесса имеется прямая зависимость исхода заболевания от сроков оперативного вмешательства [2, 3].

Цель исследования

Выявить достоверные признаки деструкции желчного пузыря по данным УЗИ.

Материалы и методы исследования

Ретроспективный анализ 125 историй болезни пациентов, прооперированных по поводу острого и хронического калькулезного холецистита в 1-м хирургическом отделении ГОКБ с 2011 по 2012 гг. Пациенты были распределены на три группы в зависимости от сроков выполнения оперативного вмешательства. Первая группа 40 пациентов, которые были прооперированы по поводу острого холецистита в первые 72 часа от начала заболевания, средний возраст $56,0 \pm 2,6$ года, из них 12 (30 %) мужчины, 28 (70 %) женщины. Вторую группу составили 40 пациентов, которые были прооперированы по поводу острого холецистита по прошествии 72 часов от начала заболевания, средний возраст $60,4 \pm 2,5$ года, из них 16 (40 %) мужчины, 24 (60 %) женщины. Третью (контрольную) группу составили 45 пациентов прооперированных по поводу хронического калькулезного холецистита, средний возраст $52,4 \pm 2,4$, из них 7 (16 %) мужчины, 38 (84 %) женщины. Для подсчета данных были использованы следующие программы: «Statistica» (v. 10.0) с использованием непараметрических статистических критериев, «MedCalc» (v. 12.4.0.0). Статистически значимыми считали результаты при уровне $p < 0,05$.

Результаты исследования

УЗИ диагностика проводилась при поступлении пациента в стационар и на следующий день. Проведя анализ данных УЗИ, мы изучили деструктивные изменения стенки (представлены в таблице 1) и размеры (представлены в таблице 2) желчного пу-

зыря. При этом было выявлено что, несмотря на проводимую консервативную терапию, деструкция желчного пузыря прогрессирует. По данным УЗИ первой группы делаем выводы о том, что в динамике нет достоверного уменьшения размеров стенки желчного пузыря, что является косвенным свидетельством деструкции стенки желчного пузыря на фоне калькулезного холецистита (таблица 1, 2).

Таблица 1 — Деструктивные изменения стенки желчного пузыря

	Наименование	Абсолютное число	Доля, %	95% ДИ
Первая группа	Слоистая стенка	17	42,5	27,04%–59,11%
	Уплотненная стенка	7	17,5	7,3%–32,78%
	Утолщенная стенка	29	72	56,11%–85,40%
Вторая группа	Слоистая стенка	19	47,5	31,51%–63,87%
	Уплотненная стенка	11	27,5	14,60%–43,89%
	Утолщенная стенка	33	82,5	67,22%–92,66%
Третья группа	Слоистая стенка	11	24,4	12,88%–39,54%
	Уплотненная стенка	18	40	25,70%–55,67%
	Утолщенная стенка	22	48,8	33,70%–64,23%

Таблица 2 — Изменения размеров и толщины стенки желчного пузыря

	Первая группа		Вторая группа		Третья группа		P ₁		P ₂		P ₃	
	1-е сутки	2-е сутки	1-е сутки	2-е сутки	1-е сутки	2-е сутки	1-е сутки	2-е сутки	1-е сутки	2-е сутки	1-е сутки	2-е сутки
Длина (мм)	109,9 ± 2,6	114,2 ± 5,4	104,7 ± 3,0	107,3 ± 3,9	90,8 ± 3,3	92,6 ± 5,2	0,20	0,34	0,0001	0,01	0,03	0,02
Ширина (мм)	40,2 ± 1,3	45,4 ± 2,4	40,3 ± 1,3	39,5 ± 1,2	32,0 ± 1,2	30,0 ± 1,9	0,96	0,04	0,0001	0,00005	0,0001	0,0001
Толщина стенки (мм)	4,9 ± 0,3	7,5 ± 0,9	4,7 ± 0,3	6,0 ± 0,5	3,4 ± 0,2	3,6 ± 0,3	0,70	0,13	0,0001	0,0003	0,0007	0,0004

P₁ — достоверность отличий между 1-й и 2-й группами, P₂ — достоверность отличий между 1-й и 3-й группами, P₃ — достоверность отличий между 2-й и 3-й группами.

При анализе продолжительности сроков пребывания пациентов в стационаре выявлено следующее: средняя продолжительность пребывания в стационаре пациентов первой группы составила $9,4 \pm 0,6$ койко-дней, что достоверно ниже, чем средняя продолжительность пребывания в стационаре пациентов второй группы $14,3 \pm 0,8$ ($P=0,0001$). Средняя продолжительность пребывания в стационаре пациентов третьей группы $15,0 \pm 0,9$, что связано с длительным проведением консервативной терапии, предшествовавшей оперативному вмешательству и не принёсшей положительной динамики.

Выводы

1) Современные технологии до минимума сократили диагностический период и позволили в более ранние сроки использовать оперативное лечение.

2) Оперативное лечение должно применяться при всех деструктивных формах острого холецистита т.к. морфологические изменения в желчном пузыре, возникшие вследствие воспалительного процесса не исчезают бесследно.

3) При проведении консервативной терапии улучшение состояния пациента не всегда говорит о затихании воспалительного процесса. Часто на фоне клинических признаков улучшения состояния пациента развивается гангрена желчного пузыря, его перфорация или околопузырный абсцесс.

ЛИТЕРАТУРА

1. Иоскевич, Н. Н. Практическое руководство по клинической хирургии / Н. Н. Иоскевич. — Минск: «Вышэйшая школа», 2001. — Т. 2. — С. 244–265.
2. Хирургические болезни / П. В. Гарелик [и др.]. — Гродно, 2003. — С. 197–200.
3. Хофер, М. Ультразвуковая диагностика. Базовый курс / Матиас Хофер. — М.: «Медицинская литература», 2006. — С. 35–36.