

Анализ результатов цитологического исследования свидетельствовал о том, что диагностическая значимость его определялась наличием в мазках эритроцитов, папиллярных комплексов и атипичных клеток. Но так как они встречались в ограниченном числе наблюдений, диагностическая чувствительность цитологического исследования мазка отделяемого для эритроцитов составляла 58%, для папиллярных комплексов – 3%, для атипичных клеток – 6,2%, а диагностическая специфичность составила 94,4% для эритроцитов и 100% для атипичных клеток и папиллярных комплексов (рис. 1).

Таким образом, наибольшую значимость для диагностики заболеваний молочной железы при СГ составляет дуктография, но и она не обладает оптимальной чувствительностью и специфичностью, которые должны составлять не менее 80 и 90-95% соответственно [2, 6, 10].

Рассматривая результаты анализа значимости общепринятых методов диагностики внутрипротоковой патологии молочной железы, сопровождающейся СГ, можно сделать следующие выводы:

1. Ни один существующий сегодня метод диагностики внутрипротоковой патологии молочной железы, сопровождающейся СГ, не обладает достаточной диагностической чувствительностью для самостоятельного применения;
2. Для улучшения качества диагностики внутрипротоковой патологии можно рекомендовать применение всего арсенала диагностических методов: клиническое обследование, маммографию, дуктографию, цитологическое исследование мазка отделяемого.

Литература

1. Апанасевич В.И. Оптимизация диагностики заболеваний молочной железы. – Дис... док. мед. наук. – Владивосток, 2001.
2. Камышников В.С. Справочник по клинико-биохимической лабораторной диагностике. – Минск: Беларусь, 2000.
3. Кулик Л.А. Ранняя диагностика хирургических заболеваний молочных желез, сопровождающихся га-

лактореей. – Автореф. дис... канд. мед. наук. – Владивосток, 2000.

4. Мартынюк В.В., Ли Л.А., Соболев А.А.// Вестник хирургии им. Грекова – 1990. – № 2. С. 140-142.
5. Семизлазов В.Ф., Веснин А.Г., Моисеев В.М. Минимальный рак молочной железы. – СПб.: Гиппократ, 1992.
6. Фатех Моххадам А., Стибиер П. Рациональное использование опухолевых маркеров – Munich, 1993.
7. Шихман С.М., Яворская С.Д., Гонопольская Т.Л. и др. Сецернирующие молочные железы. – Барнаул, 2001.
8. Baker K.S., Davey D.D., Stelling C.B.// Am. J. Roentgenol. – 1994. – April. – P. 821-824.
9. Dawes L.G., Bowen C., Venta L.A., Morrow M.// Surg. – 1998. – Vol. 124, No. 4. – P. 685-691.
10. Ennis J.T.// The Breast: comprehensive management of benign and malignant diseases. – 1991. – P. 426-468.
11. Holland R., Hendriks J., Mravunac M.// Cancer. – 1983. – Vol. 52. – P. 1810-1819.
12. Nattinger A.B.// Am. J. Med. – 2000. – Vol. 108, No. 2. – P. 174-175.
13. Petrakis N.L., King E.B., Lee M., Milke R.// Breast cancer Res. Treat. – 1990. – Vol. 16, No. 3. – P. 279-285.

Поступила в редакцию 16.07.03.

DIAGNOSTIC VALUE OF STANDARD METHODS OF EXAMINATION UNDER GALACTORRHEA SYNDROME

E.Ya. Ptukh, M.A. Khasina, T.N. Lemesenko,

V.I. Apanasevich, A.N. Gorsheev

Vladivostok State Medical University, Far Eastern District Medical Center of the Ministry of Public Health of the Russian Federation (Vladivostok)

Summary – Based on the sensitivity and specificity analysis, the authors have estimated the diagnostic value of standard methods of examination applied to the patients with mammary glands diseases associated with the galactorrhea syndrome. As is shown according to the results of the examination of 2277 patients, the diagnostic sensitivity of clinical trial has amounted to 66,4%, mammography – 0,49%, ductography – 67,1%, and diagnostic specificity – 93,4, 99,5 and 87,1%, respectively. Allowing for the fact that none of the methods has had optimal diagnostic value while applying separately, so as to improve the quality of diagnosing it is recommended to use the whole arsenal of diagnostic facilities.

Pacific Medical Journal, 2004, No. 1, p. 39-42.

УДК 616.366'003.7'053.81

Ю.И. Макаренко, М.И. Корскова

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ЖЕЛЧНО КАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ В МОЛОДОМ ВОЗРАСТЕ

Владивостокский государственный медицинский университет

Ключевые слова: желчно-каменная болезнь, клиническая картина, молодой возраст.

В литературе в основном освещаются вопросы желчно-каменной болезни (ЖКБ) у пациентов пожилого возраста. Заболеваемость ЖКБ за прошед-

шие 10 лет повысилась в 8-10 раз и продолжает возрастать. В последние годы она стала чаще встречаться у подростков и молодых людей. Особый интерес представляют больные ЖКБ в возрасте 15-30 лет. Изучению клинической картины у этой категории пациентов посвящены лишь отдельные работы, основанные, как правило, на небольшом числе наблюдений. Данные, приводимые в них, часто противоречивы. Возможно, это обусловлено тем, что данная проблема находится на стыке педиатрии, хирургии и терапии.

На протяжении прошедшего столетия основными звеньями патогенеза камнеобразования считались инфекция, стаз желчи и нарушение холестеринового обмена. Однако, как показывают наши наблюдения, у исследуемой группы больных имеются существенные

отличия, отражающиеся на клинической картине заболевания.

По данным В.М. Сапожникова [4], заболевание у молодых, как правило, начинается остро, без видимой причины или же после переохлаждения, физического, психоэмоционального перенапряжения и сопровождается более выраженным болевым синдромом, чем у больных старшего возраста. Они чаще предъявляют жалобы на боли в эпигастрии и околопупочной области, иррадирующую в низ живота и левую подвздошную область. Боли сопровождаются тошнотой, рвотой, изжогой, отрыжкой, диареей. В 70% случаев отмечаются сопутствующие заболевания желудочно-кишечного тракта. Часто эти пациенты наблюдаются у терапевтов по поводу патологии желудка, двенадцатиперстной кишки и почек, а также ожирения и дискинезии желчевыводящих путей [1, 3, 4].

У возрастных больных приступы печеночной колики возникают обычно после погрешности в диете (жирная или жареная пища, алкоголь), и они жалуются на боли в правом подреберье, которые иррадируют в грудную клетку, правую ключицу, область сердца, сопровождаясь тошнотой и рвотой. Часто сопутствующей патологией является хронический панкреатит [2, 3].

Лечебная тактика в большинстве клиник активная. Холецистэктомия показана практически во всех случаях холелитиаза независимо от наличия и выраженности клинических проявлений, поскольку имеется реальная опасность возникновения таких грозных осложнений, как острый холецистит, механическая желтуха, деструктивный панкреатит [1].

В клинике кафедры хирургии № 3 ВГМУ на базе городских клинических больниц № 1 и № 4 с сентября 1998 г. по февраль 2003 г. по поводу ЖКБ прооперированны 53 пациента в возрасте 15'30 лет (44 женщины и 9 мужчин). В возрасте 15'20 лет было 6 женщин, 21'25 лет – 15 женщин и 4 мужчины, 26'30 лет – 21 женщина и 7 мужчин.

Известно, что в среднем и пожилом возрасте ЖКБ возникает преимущественно у лиц с нарушением липидного обмена. В исследуемой группе 29 человек (54,7%) были нормостенической конституции, 14 (26,4%) – астеники, и лишь 10 (18,9%) – повышенного питания. Таким образом, преобладали пациенты с нормальным и пониженным весом, что совпадает с данными большинства авторов [3, 5, 6].

Длительность заболевания составила у 14 пациентов около года, у 27 – от 1 до 3 лет. 12 больных страдали ЖКБ более 3 лет. Из последней группы 10 человек (83,3%) прежде многократно поступали в стационар с болевым абдоминальным синдромом и направительным диагнозом «острая хирургическая патология». Позднее распознавание заболевания было обусловлено, прежде всего, диагностическими ошибками, допущенными врачами поликлиник, непрофильных отделений, а также недостаточ-

ным обследованием в стационаре. Поэтому 39 больных (73,5%), страдавших ЖКБ, длительное время лечились по поводу различных заболеваний, хотя почти у половины из них в анамнезе была желчная колика. В частности, наблюдались по поводу хронического панкреатита 37, дискинезии желчевыводящих путей – 33, гастродуоденита – 19 и гастрита – 13 пациентов. Пять человек страдали мочекаменной болезнью, семь – хроническим пиелонефритом. Девять обследуемых указывали на перенесенный ранее вирусный гепатит (давность от 3 до 9 лет). Связь начала заболевания с родами прослеживалась у 21 больной (39,6%), три женщины поступили в стационар в III триместре беременности.

Другой причиной позднего распознавания ЖКБ являлись особенности клинической картины заболевания у лиц молодого возраста. У 14 пациентов (26%) в анамнезе отсутствовала желчная колика, у большей части больных (62,3%) не наблюдалось характерной иррадиации болей (в 48% наблюдений они локализовались лишь в эпигастриальной области, в 12% имели опоясывающий характер).

Основной жалобой были интенсивные боли в эпигастрии, левом (реже – в правом) подреберье, без видимой причины или же после переохлаждения, физического или психоэмоционального перенапряжения. 14 человек отмечали тошноту, у 10 была рвота, у 20 – сухость во рту. Девять женщин и два молодых человека поступили с механической желтухой, что составило 18,8% от общего числа наблюдений.

На основании полученных данных можно выделить следующие клинические формы желчнокаменной болезни у лиц молодого возраста.

Типичная форма (49% собственных наблюдений): приступы желчной колики в анамнезе или при поступлении, локализация болей в правом подреберье с иррадиацией в правую лопатку, наличие пузырных симптомов.

Атипичные формы или формы-маски (51% собственных наблюдений):

- 1) с клиникой *гастрита и гастродуоденита*,
- 2) *желтушная форма*,
- 3) с клиникой *панкреатита*.

При физикальном обследовании во всех случаях определялась болезненность в правом подреберье. У 26 пациентов желчный пузырь был увеличен, резко болезненный, у 20 больных выявлена гепатомегалия. Фиброгастродуоденоскопия проведена всем больным. В 35 случаях диагностирован хронический гастродуоденит, в 9 – поверхностный гастрит, в 6 – гастродуоденитом с гастродуоденальным рефлюксом.

Ультразвуковое исследование органов брюшной полости в течение первых трех суток проведено 37 больным. Гепатомегалия выявлена в 20, деформации желчного пузыря (перегибы, перетяжки, фиброз желчного пузыря), также функциональные изменения

(спазм, атония, т.е. дискинезии желчных путей) — в 40 наблюдениях. Конкременты в желчном пузыре определялись у всех, а в холедохе — у 10 человек. Камни размером до 1 см в поперечнике встретились в 24, до 2 см — в 21 и более 2 см — в 8 наблюдениях. У 20 женщин и 4 мужчин количество конкрементов превышало 20. В 33 случаях определялись диффузные изменения поджелудочной железы.

В клиническом анализе крови у 31 больного выявлены умеренный (14) и выраженный (7) лейкоцитоз, палочкоядерный сдвиг лейкоцитарной формулы (10). Изменения в биохимическом анализе крови определялись у больных, поступивших с механической желтухой, в виде гипербилирубинемии и гиперферментемии (увеличение активности аминотрансфераз). У 5 человек выявлена гиперамилаземия.

Объем хирургического вмешательства зависел от результатов обследования. При купировании воспаления, отсутствии грубых морфологических изменений в желчных протоках и при полной уверенности в их проходимости проводили холецистэктомию. При холедохолитиазе осуществляли супрадуоденальную холедохотомию, удаление конкрементов окончательным зажимом или зондом Фогарти. После этого выполняли холангиографию для выявления неудаленных конкрементов. Также по показаниям к интраоперационной холангиографии были расширены общий желчный проток (более 8 см в диаметре), клиника рецидивирующего панкреатита и желтуха.

При отсутствии конкрементов, проходимости желчных путей и отсутствии холангита операцию завершали глухим швом общего желчного протока. При гнойном холангите, множественных камнях и «замазке», а также при неуверенности в удалении всех конкрементов вмешательство заканчивали наружным дренированием общего желчного протока. Были проведены 42 холецистэктомии, 7 холецистэктомий с дренированием культи холедоха, 4 наложения холедоходуоденоанастомоза. Экстренных оперативных вмешательств не было. Предоперационный период в 1998'1999 г. составил 8'17, в 2000'2003 г. — 3'9 койко-дней. Летальных исходов не было.

В нашей клинике уже в течение нескольких лет с успехом проводятся малоинвазивные операции, такие как лапароскопические холецистэктомии и холецистэктомии из мини-доступа. Преимуществами холецистэктомии из мини-доступа являются возможность достаточного обзора и ревизии в области гепатопанкреатодуоденальной зоны (в отличие от лапароскопической холецистэктомии), малотравматичность, короткий реабилитационный период после операции, хороший косметический эффект.

Отдаленные результаты прослежены в течение от 1 до 5 лет. 52 человека субъективных жалоб не предъявляли, при ультразвуковом исследовании органов брюшной полости патологии желчевыводящих путей обнаружено не было. У 1 больного через 4 года

после операции наложения холедоходуоденоанастомоза развился холедохолитиаз, в связи с чем он повторно поступал в стационар.

Выводы

1. ЖКБ у лиц молодого возраста часто развивается на фоне врожденных деформаций желчного пузыря, которые и являются в значительной мере этиологическим фактором.
2. Пациенты молодого возраста, страдающие ЖКБ, чаще имеют нормостеническое или астеническое телосложение.
3. Течение заболевания у лиц молодого возраста отличается преобладанием атипичной клиники, наличием форм-масок, что является почвой для диагностических ошибок. При этом характерно быстрое развитие осложнений.
4. Значительные нейрогормональные изменения при беременности приводят к повышенному риску холецистолитиаза, поэтому следует больше внимания уделять профилактике ЖКБ во время беременности.
5. Своевременная диагностика и оперативное лечение ЖКБ у молодых пациентов дают хорошие результаты. Предпочтение следует отдавать малоинвазивным операциям (эндоскопической холецистэктомии и холецистэктомии из мини-доступа).

Литература

1. Антоненко Ф.Ф., Порицкий Е.А., Приходько А.М., Ширин А.С.// Тихоокеанский медицинский журнал. — 2000. — № 5. — С. 16_18.
2. Дедерер Ю.М., Крылова Н.П., Устинов Г.Г. Желчно-каменная болезнь. — М.: Медицина, 1983.
3. Кривицкий Д.И., Гвоздяк Н.Н., Шуляренко А.В., Параций З.З.// Врачебное дело. — 1987. — № 8. — С. 80_83.
4. Сапожников В.М.// Хирургия. — 1978. — № 7. — С. 18_20.
5. Смирнов А.В., Балахнина Т.А.// Хирургия. — 1959. — № 3. — С. 23_26.
6. Тагиева М.М.// Вестник хирургии им. И.И. Грекова. — 1967. — № 11. — С. 78_80.

Поступила в редакцию 30.06.03.

FEATURES OF CLINICAL COURSE OF CHOLELITHIASIS AT YOUNG AGE

Yu.I. Makarenko, M.I. Korskova
Vladivostok State Medical University

Summary — Over the past ten years the sickness rate of cholelithiasis has increased by 8'10 times and keep on growing. As for the patients of the elderly age, the problems of cholelithiasis are widely covered in the literature, nevertheless for the last years the disease is to be diagnosed more often to teenagers and youth. 53 patients aged 15 — 30 years were operated on account of the disease in the clinic of the chair of surgery № 3 of Vladivostok State Medical University during the years 1998'2003. In the present paper the authors define the typical and atypical forms of the cholelithiasis and show that the timely and due diagnosing of the disease to the patients of the young age is the joint aim of surgeons and doctors of other specialities.

Pacific Medical Journal, 2004, No. 1, p. 42_44.