

КЛИНИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ЛАБОРАТОРНЫХ ДАННЫХ У ПАЦИЕНТОВ С ХОЛЕДОХОЛИТИАЗОМ

Оразметов С. И., Короткая А. А.

Научный руководитель: Д. М. Адамович

Учреждение образования

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

Введение

Холедохолитиаз (ХЛ) является весьма существенным осложнением желчнокаменной болезни (ЖКБ), которое встречается в 5–20 % случаев ЖКБ. Лабораторная диагностика, обязательная для всех больных ХЛ, может не являться определяющей в диагностике данного осложнения и не иметь достоверных отличий от аналогичных показателей у пациентов без ХЛ. Однако у пациентов с подтвержденным ХЛ повышение уровня печеночных ферментов встречается в 12–38 % случаев. Такие изменения ферментов печени при механической желтухе (МЖ) встречаются у 3–18 % всех пациентов с ЖКБ и позволяют оценить качество функционирования печени и провести дифференциальную диагностику причин возникновения желтухи [1].

Цель

Изучить значимость лабораторной диагностики при ХЛ, оценить функционирование печени при холестатическом синдроме и изучить влияние гипербилирубинемии на свертывающую и противосвертывающую системы крови.

Материал и методы исследования

На базе У «ГОКБ» был проведен ретроспективный анализ данных историй болезней у 77 пациентов с ЖКБ в период с 01.01.2014 г. по 12.09.2017 г. Статистическая обработка данных проведена с использованием программы «Statistica 12.0 Trial». Результаты выражены в виде М (25; 75) %.

Результаты исследования и их обсуждение

В период с 01.01.2014 г. по 12.09.2017 г. было госпитализировано 77 пациентов с ЖКБ. Из них у 55 (71,4 %) пациентов наблюдалось такое осложнение как МЖ и (или) билиарная гипертензия (БГ). При поступлении в приемное отделение У «ГОКБ» были выполнены лабораторные исследования (ОАК, ОАМ). Биохимический анализ крови (БХ), и в некоторых случаях коагулограмма, выполнялись после госпитализации в отделение хирургии.

Исследуемые пациенты были разделены на две группы. К первой группе отнесли пациентов с БГ и МЖ, вторая группа включала в себя пациентов с БГ без МЖ. Сравнивались значения лабораторных показателей исследуемых групп.

Таблица 1 — Средние показатели лабораторных данных у групп с БГ и МЖ, и БГ без МЖ

№	Название исследования	Показатели	Средние значения лабораторных показателей у пациентов с БГ		Достоверность (p < 0,05)
			БГ + МЖ	БГ без МЖ	
1	ОАК	Le × 10 ⁹ /л	11,6 (7,7; 11,7)	10,8 (7,6; 11,2)	1,000
		Er × 10 ¹² /л	4,5 (4,4; 4,7)	4,4 (4; 4,6)	0,415
2	Биохимия крови	Общий белок, г/л	71,4 (70; 73,3)	73,2 (67; 78,1)	0,859
		Общий билирубин, мкмоль/л	87,8 (37,7; 120)	21,6 (15; 22)	0,007*
		Прямой билирубин, мкмоль/л	77,6 (53,4; 95,5)	16,8 (2,5; 31,1)	0,050*
		АЛТ, ЕД/л	182,0 (96; 224)	76,5 (17; 134)	0,077
		Креатинин, мкмоль/л	103,7 (81; 106,3)	82,3 (83,5; 93)	0,425
		Амилаза, ЕД/л	731,0 (55; 962,4)	82,6 (5,6; 45)	0,109
3	Коагулограмма	АЧТВ, сек.	27,1 (24,8; 30)	27,5 (24,9; 30)	0,932
		Фибриноген, г/л	4,9 (3,6; 6,4)	4,2 (3,3; 5)	0,594

Кроме показателей общего билирубина (ОБ) и прямого билирубина у этих двух групп пациентов статистически достоверных отличий не выявлено. Это свидетельствует об однородности показателей лабораторных анализов у пациентов с БГ и МЖ, и БГ без МЖ.

С целью выявления связи воздействия гипербилирубинемии на функции печени был проведен корреляционный анализ общего, прямого и непрямого билирубина с остальными показателями значений БХ крови. Результаты были следующими: ОБ положительно коррелировал с прямой фракцией билирубина ($r = 0,93$; $p = 0,00001$), что свидетельствует об обтурационном механизме гипербилирубинемии у исследуемых пациентов [1,2].

Также имеется положительная корреляция ОБ с АЛТ и АСТ ($r = 0,30$ и $0,38$; $p = 0,008$ и $0,001$), что указывает на лизис гепатоцитов и выход ферментов — трансаминаз в кровоток [1, 2].

Для оценки воздействия гипербилирубинемии на коагуляционную и антикоагуляционную системы крови был проведен корреляционный анализ между ОБ и показателями коагулограммы. В результате было выявлено, что уровень ОБ прямо связан с уровнем фибриногена ($r = 0,34$; $p = 0,01$). Это может свидетельствовать о снижении антикоагуляционных факторов крови таких как тромбин, протеин С и S. На это указывает и обратная связь фибриногена с тромбиновым временем ($r = 0,46$; $p = 0,001$). Тромбиновое время снижается, так как идет его расход на образование фибрина из фибриногена сыворотки крови. Таким образом, при ХЛ с сопутствующей МЖ и БГ страдает наравне со свертывающей системой крови и противосвертывающая система, обусловленная снижением белково-синтетической функции печени из-за лизиса печеночных клеток, а также снижения всасывания витамина К в просвете тонкой кишки, служащего для образования некоторых факторов свертывания крови [2, 3].

Выводы

1. Клинический анализ лабораторных данных у пациентов с ХЛ является одним из важных методов диагностики данной патологии, существенно облегчающую постановку правильного диагноза и установку механизма генеза желтухи.
2. Проводимая оценка БХ и коагулограммы позволяет выявить нарушения функций печени таких как: белково-синтетическая, дезаминирующая функции.
3. Выявленная связь нарушения свертывающей и противосвертывающей систем крови с гипербилирубинемией позволяют судить о том, что при холестатическом состоянии, наряду с коагуляционной системой крови страдает и антикоагуляционная система, что следует учитывать при ведении пациентов с данной патологией.

ЛИТЕРАТУРА

1. Майстренко, Н. А. Холедохолитиаз / Н. А. Майстренко, В. В. Стукалов. — СПб., 2000. — 288 с.
2. Хирургические болезни: учебник / под ред. В. С. Савельева, А. И. Кириенко. — 2-е изд., перераб. и доп. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. — Т. 1. — 608 с.
3. Волкова, С. А. Основы клинической гематологии: учеб. пособие / С. А. Волкова, Н. Н. Боровков. — Н. Новгород: Издательство Нижегородской гос. медицинской академии, 2013. — 400 с.

УДК 616.322-002-036.12

СТРУКТУРА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ХРОНИЧЕСКИМ ТОНЗИЛЛИТОМ

Осипёнок Д. Ю.

Научный руководитель: к.м.н, доцент И. Д. Шляга

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

В настоящее время хронический тонзиллит продолжает занимать одно из ведущих мест в общей структуре ЛОР-патологии. Тенденция к росту заболеваемости в различных возрастных группах населения сохраняется и сейчас [1]. Установлено, что заболеваемость