

### **Результаты и обсуждение**

При проведении анализа различных биохимических показателей сыворотки крови в обследованных группах были получены статистически значимые различия по содержанию  $\alpha_1$ -глобулинов ( $N=8,306$ ;  $p=0,016$ ). В группе постоянных и транзиторных носителей Нр содержание  $\alpha_1$ -глобулинов в сыворотке крови составило соответственно: 4,8 (4,6; 5,0) % и 4,95 (4,3; 5,6) % и было ниже, чем в группе с отсутствием Нр – 5,8 (5,2; 6,0) %, различия статистически значимы ( $U=16$ ,  $Z=3,039$ ,  $p=0,02$ ;  $U=88$ ,  $Z=2,296$ ,  $p=0,022$ ). Содержание сывороточных  $\beta$ -глобулинов имело тенденцию к снижению в группах носителей по сравнению с группой с отсутствием Нр. По остальным биохимическим показателям сыворотки крови статистически значимых различий между группами наблюдения получено не было. Учитывая, что фракция  $\alpha_1$ -глобулинов сыворотки крови образована разнообразными гликопротеинами и включает большинство белков острой фазы [4], можно предположить, что в группах носителей Нр ответ острой фазы будет менее интенсивным, чем в группе с отсутствием Нр в РП.

При проведении корреляционного анализа были выявлены статистически значимые однонаправленные обратные корреляционные взаимосвязи интенсивности УА ЗДК и ЗН РП с рядом биохимических показателей сыворотки крови. Интенсивность УА ЗДК и ЗН была отрицательно взаимосвязана с содержанием мочевины ( $r_{s\text{ЗДК}} = -0,298$ ;  $p_{\text{ЗДК}} = 0,027$ ;  $r_{s\text{ЗН}} = -0,358$ ;  $p_{\text{ЗН}} = 0,007$ ), креатинина ( $r_{s\text{ЗДК}} = -0,313$ ;  $p_{\text{ЗДК}} = 0,020$ ;  $r_{s\text{ЗН}} = -0,344$ ;  $p_{\text{ЗН}} = 0,010$ ),  $\alpha_1$ -глобулинов ( $r_{s\text{ЗДК}} = -0,321$ ;  $p_{\text{ЗДК}} = 0,018$ ;  $r_{s\text{ЗН}} = -0,299$ ;  $p_{\text{ЗН}} = 0,028$ ) и  $\beta$ -глобулинов ( $r_{s\text{ЗДК}} = -0,322$ ;  $p_{\text{ЗДК}} = 0,018$ ;  $r_{s\text{ЗН}} = -0,35$ ;  $p_{\text{ЗН}} = 0,010$ ). Прямая взаимосвязь средней силы была определена только между интенсивностью УА ЗДК РП и содержанием альбуминов ( $r_{s\text{ЗДК}} = 0,30$ ;  $p_{\text{ЗДК}} = 0,026$ ).

Учитывая отрицательную взаимосвязь интенсивности УА ЗДК, УА ЗН с содержанием мочевины, креатинина в сыворотке крови и различия в содержании  $\alpha_1$ -глобулинов, можно предположить, что в группах носителей Нр имеются особенности белкового обмена. Полученные результаты нуждаются в дальнейших исследованиях.

### **Заключение**

В обследованных группах постоянных и транзиторных носителей Нр в ротовой полости выявлено более низкое содержание  $\alpha_1$ -глобулинов в сыворотке крови ( $p < 0,05$ ) по сравнению с группой с отсутствием Нр.

### **ЛИТЕРАТУРА**

1. Реброва, О. Ю. Статистический анализ медицинских данных. Применение пакета прикладных программ STATISTICA / О. Ю. Реброва. — М., МедиаСфера, 2003. — 312 с.
2. Способ выявления постоянных носителей *Helicobacter pylori*: пат. 6806 Респ. Беларусь, МПК С 12Q 1/58 / Н.Н. Острейко, Т.С. Угольник, И.А. Седяров, О.Н. Прокопенко, Е. И. Топольцева; заявитель авторы – № а 19990865; заявл. 16.09.99; опубл. 30.12.05 // Афішыйны бюл. / Нац. цэнтр інтэлектуал. уласнасці. — 2005. — № 4. — С. 148.
3. Шабалин, В. Н. Клиническая иммуногематология / В. Н. Шабалин, Л. Д. Серова — Л.: Медицина, 1988. — 312 с.
4. Kaneko, J. J. Clinical Biochemistry of Domestic Animals (Fifth Edition) / J. J. Kaneko, J. W. Harvey, M. L. Bruss. — Portland: Elsevier Inc., 1997. — 947 p.
5. Riggio, M. P. Identification by PCR of *Helicobacter pylori* in subgingival plaque of adult periodontitis patients / M. P. Riggio, A. Lennon // J. Med. Microbiol. — 1999. — Vol. 48, № 3. — P. 317–322.

**УДК 616.36-008.5-089:614.21 (476.2)**

## **РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С СИНДРОМОМ ХОЛЕСТАЗА**

**Усенкова В. В., Призенцов А. А.**

**Государственное учреждение здравоохранения**

**«Гомельская городская клиническая больница скорой медицинской помощи»**

**Учреждение образования**

**«Гомельский государственный медицинский университет»**

**г. Гомель, Республика Беларусь**

### ***Введение***

Частота холестаза при заболеваниях гепатопанкреатобилиарной зоны составляет, по данным разных авторов, от 12,0 до 45,2 %. Среди оперированных по поводу желчнокаменной болезни механическая желтуха встречается в 4–10 % случаев. Хирургические вмешательства, выполняемые на высоте желтухи, сопровождаются высокой частотой осложнений, а послеоперационная летальность достигает 6,2 % при доброкачественном генезе холестаза и 40 % при злокачественном, что в 3–4 раза выше, чем в случаях, когда желтуху удается ликвидировать до операции [1, 2]. Согласно данным литературы, наиболее частой причиной механической желтухи доброкачественного происхождения является холедохолитиаз (35–81,8 %), злокачественного — рак головки поджелудочной железы (30–35 %) [2].

### ***Цель работы***

Изучить результаты хирургического лечения пациентов с синдромом холестаза.

### ***Материал и методы***

Произведен ретроспективный анализ 69 историй болезни пациентов с механической желтухой, проходивших лечение в 1 и 2 хирургических отделениях ГУЗ «ГГКБСМП» в период с 2011 по 2012 гг.

### ***Результаты исследования и их обсуждение***

В исследуемой группе было 47 женщин (68,1 %) и 22 мужчин (31,9 %). Средний возраст пациентов составил  $68,6 \pm 13,8$  лет (от 26 до 86 лет), причем большинство пациентов (35 человек, 62,5 %) были старше 70 лет.

У 56 пациентов (81,2 %) желтуха имела доброкачественный генез, при этом у 49 из них (87,5 %) причиной являлся холедохолитиаз, у 7 (12,5 %) — другая патология панкреатобилиарной зоны (2 случая псевдотуморозного панкреатита, 3 — острого панкреатита, а также по одному случаю дивертикулита и папиллита).

У 13 пациентов (18,8 %) желтуха носила злокачественный генез: у 9 пациентов (69,2 %) была обусловлена опухолью поджелудочной железы, у 4 (30,8 %) — раком холедоха.

У большинства пациентов имелась сопутствующая патология. Преобладали ишемическая болезнь сердца (у 42), артериальная гипертензия (у 38), сахарный диабет (у 11). При поступлении средний уровень общего билирубина составил  $131,7 \pm 72,31$  мкмоль/л, прямого —  $93,8 \pm 45,2$  мкмоль/л. У пациентов с механической желтухой злокачественного генеза эти показатели составили  $200,7 \pm 84$  мкмоль/л и  $140,5 \pm 55,3$  мкмоль/л; доброкачественного генеза —  $107,5 \pm 49,4$  мкмоль/л и  $73,8 \pm 22,1$  мкмоль/л соответственно. Уровень билирубина у пациентов с механической желтухой злокачественного генеза был достоверно выше, чем при доброкачественном ее происхождении. В результате предоперационной консервативной терапии отмечалось снижение уровня билирубина при доброкачественной этиологии желтухи. При злокачественных процессах наблюдался рост билирубинемии, однако в обоих случаях достоверных отличий выявлено не было. В послеоперационном периоде уровень общего билирубина и его фракций достигал нормы в среднем к  $11 \pm 1,6$  сут, причем при онкопатологии это произошло раньше. Всем пациентам проведено ультразвуковое исследование гепатопанкреатобилиарной зоны. Средний размер холедоха составил  $14,2 \pm 4,0$  мм при минимуме 6 и максимуме 24 мм, средний размер желчного пузыря —  $42,0 \pm 10,8$  на  $109,2 \pm 21,2$  мм. Внутрипеченочные протоки были расширены у 60 пациентов (86,9 %). Холедохолитиаз диагностирован у 40 пациентов (57,9 %).

При фиброгастродуоденоскопии у пятой части пациентов желчь в просвете двенадцатиперстной кишки отсутствовала. Изменения фатерова соска (отек, гиперемия, деформация, парапапиллярный дивертикулит, ущемленный конкремент) отмечены у 20 пациентов (28,9 %).

Всем пациентам проводился комплекс консервативных мероприятий, направленный на ликвидацию холестаза и профилактику печеночной и почечной недостаточности: инфузионная и дезинтоксикационная терапия, в том числе с использованием методов экстракорпоральной детоксикации, антибиотикотерапия, симптоматическая терапия. Средняя длительность предоперационной подготовки составила  $6,2 \pm 4,1$  сут. Шестерым пациентам выполнена эндоскопическая папиллосфинктеротомия. У одного из них развился острый панкреатит, в дальнейшем купированный консервативно (27,5 %) явления механической желтухи были купированы консервативными мероприятиями, оперировано по срочным показаниям 50 пациентов (72,5 %). Во всех случаях при механической желтухе доброкачественного генеза выполнен холедоходуоденоанастомоз по Юрашу–Виноградову. При злокачественном генезе желтухи выполнялись обходные холедохо-, холецисто- или гепатикоеюноанастомозы на выключенной по Ру петле или с брауновским соустьем. В 27 случаях (39,1 %) в дополнение к анастомозу использовалась холедохостомия. В одном случае наложена холедохостомия в среднем снимали на  $11,2 \pm 1,5$  сут. У всех пациентов раны зажили первичным натяжением. Дренаж холедоха извлекали в среднем на  $14,3 \pm 4,1$  сут. У одного пациента после извлечения дренажа холедоха развился наружный желчный свищ, закрывшийся самостоятельно к 28 суткам послеоперационного периода. Еще у одного пациента развилась несостоятельность швов холедоходуоденоанастомоза, потребовавшая релапаротомии, санации и дренирования брюшной полости с благоприятным исходом. В одном случае после холедоходуоденоанастомоза по Юрашу–Виноградову развилось обусловленное прорастанием опухоли поджелудочной железы кровотечение из двенадцатиперстной кишки. Гемостаз был достигнут эндоскопически. Средняя длительность госпитализации составила  $23,3 \pm 9,6$  суток. В целом послеоперационные осложнения развились у 3 пациентов (4,3 %). Умерли 2 пациента со злокачественными процессами (раком холедоха и раком головки поджелудочной железы). Летальность составила 2,9 %. При механической желтухе доброкачественного генеза летальных исходов не было.

Таким образом, механическая желтуха остается актуальной проблемой современной хирургии. Дальнейшего изучения требуют некоторые вопросы предоперационной подготовки, в том числе необходимо уточнение показаний к декомпрессии билиарного тракта в предоперационном периоде.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Агаев, Б. А. Методика дренирования желчных протоков у больных с билиодигестивными анастомозами при механической желтухе и остром холангите / Б. А. Агаев, Р. М. Агаев, Р. Ш. Гасымов // Хирургия, 2011. — № 1. — С. 18–22.
2. Florkemeier, V. Cholestatic liver Diseases / V. Florkemeier. — Dr. Falk Pharma GmbH, 2002. — 118 p.

УДК 616.37-002-073.756.8

### НОВЫЙ СПОСОБ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ СТЕРИЛЬНОГО И ИНФИЦИРОВАННОГО ПАНКРЕОНЕКРОЗА

*Филатов А. А., Литвин А. А., Ковалев В. А., Литвин В. А.*

Учреждение «Гомельская областная клиническая больница»

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Объединенный институт проблем информатики НАН РБ

Учреждение образования

«Белорусский государственный университет»

г. Минск, Республика Беларусь