

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Сацукевич, В. Н. Хирургическое лечение прободных гастродуоденальных язв / В. Н. Сацукевич // Хирургия. – 2001. – Т. 5. – С. 24–27.
2. Хирургическое лечение перфоративных язв желудка и двенадцатиперстной кишки, осложненных распространенным перитонитом: лапаротомия или лапароскопия? / А. В. Сажин, Г. Б. Ивахов, Е. А. Страдымов // Эндоскопическая хирургия. – 2019. – № 25(3). – С. 51–58.
3. Жерлов, Г. К. Современные тенденции диагностики и лечения гастродуоденальных язв / Г. К. Жерлов // Бюллетень сибирской медицины. – 2003. – Т. 2. – №. 4. – С. 5–14.

УДК 616.366-002-003.7-07-08

А. И. Донцева, П. С. Журавлёва

*Научные руководители: старший преподаватель В. З. Анджум,
ассистент М. А. Али*

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

ОСНОВНЫЕ ПРИНЦИПЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ КАЛЬКУЛЕЗНОГО ХОЛЕЦИСТИТА

Введение

Желчнокаменная болезнь (ЖКБ) является многофакторным заболеванием, в патогенезе которого основную роль играет нарушение обмена билирубина и холестерина с последующим образованием конкрементов в просвете желчного пузыря (ЖП), желчных протоках. ЖКБ – это длительный и многостадийный процесс. На начальных этапах заболевания отмечается снижение сократительной функции стенки ЖП, а также изменение физико-химического состава желчи, которое закономерно приводит к повышению ее литогенности. Билиарный сладж по своему химическому составу является суспензией жидких кристаллов моногидрата холестерина или гранул кальция билирубината, других солей кальция в смеси муцина и различных белков [1]. Известны конкременты двух видов: пигментные и холестериновые.

Основными факторами развития ЖКБ являются: возраст, пол, беременность, заместительная гормональная терапия в постменопаузе, прием эстрогенов, отягощенная в анамнезе наследственность по ЖКБ, ожирение, гиперлипидемия, сахарный диабет, цирроз печени, прочее. Известно, что применение некоторых лекарственных средств потенциально может повышать концентрацию холестерина в желчи, снижать моторику желчных путей и нарушать физиологическую функцию *papilla duodeni major*, что негативно может сказаться на продолжительности стационарного пребывания пациентов после выполненной холецистэктомии [2].

Стандартным инструментальным методом диагностики ЖКБ является ультразвуковое исследование (УЗИ). Достоверность обнаружения холецистолитиаза достигает 95,0%, холедохолитиаза – 75,0%. Рентгенологические методы используются реже и, как правило, подходят для диагностики осложнений заболевания [3]. Острый калькулезный холецистит (ОКХ) является одним из наиболее распространенных хирургических заболеваний в ургентной абдоминальной хирургии.

Цель

Дать сравнительную характеристику пациентам с плановой и экстренной госпитализацией по поводу калькулезного холецистита.

Материал и методы исследования

На базе хирургических отделений № 1 и № 2 УЗ «Гомельская областная клиническая больница» за период 2024 г. выполнен ретроспективный анализ 50 историй болезни пациентов, имеющих конкременты в просвете желчного пузыря. Исследуемые были ознакомлены с информированным согласием на участие в студенческой научной работе и разделены на 2 группы: 1 группа – поступившие в экстренном порядке, 2 группа – поступившие в плановом порядке. Средняя длительность пребывания пациентов группы № 1 составила $10 \pm 4,7$ койко-дня, группы № 2 – $8 \pm 2,3$ койко-дня. Группу № 1 составили 22 пациента (44,0%), из них женщин было 16, мужчин – 6. Группу № 2 составили 28 пациентов (56,0%), из них 19 женщин и 9 мужчин. Исследуемые группы статистически были сопоставимы по полу, возрасту и наличию иной соматической патологии. Пациентам групп № 1 и № 2 в соответствии с клиническими протоколами диагностики и лечения были выполнены общий анализ крови (ОАК): лейкоциты (Le), тромбоциты (Tr), тромбоцит (PCT), биохимический анализ крови (БХ): общий билирубин (BILT), аланинаминотрансфераза (АЛТ) и аспаратаминотрансфераза (АСТ), УЗИ. Всем пациентам, участвующим в исследовании, была выполнена лапароскопическая холецистэктомия (ЛХЭ).

Статистическая обработка данных производилась на персональном компьютере с помощью программного обеспечения Statistica 12.0. Оценку нормальности распределения числовых данных проводили с использованием критерия Shapiro-Wilk test. При распределении числовых признаков, не отличающихся от нормального распределения, данные были представлены в виде среднего значения (M) и стандартного отклонения (SD).

Результаты исследования и их обсуждение

Ретроспективный анализ карт стационарных пациентов показал то, что осведомленность о наличии конкрементов в просвете ЖП до поступления в стационар в первой группе составила 18 человек, во второй – 22 человека. Пациенты группы №1 при поступлении имели боль в области правого подреберья, горечь во рту, тошноту, иногда рвоту, сухость во рту. В этой группе были отмечены положительные симптомы Ортнера-Грекова, Василенко и Кера. Во второй группе пациентов явная выраженность клинических симптомов отсутствовала. Сравнительная характеристика полученных некоторых результатов АОК, БХ пациентов групп № 1 и № 2 представлена в таблице №1.

Таблица 1 – Сравнительная характеристика результатов АОК, БХ

Группа пациентов	Le $\times 10^9$, ммоль/л	Tr $\times 10^9$, ммоль/л	BILT, ммоль/л	PCT, %	АЛТ, ед/л	АСТ, ед/л
№1	9,9 $\pm 3,2$	217,6 $\pm 88,1$	23,9 $\pm 4,4$	1,05 $\pm 0,23$	72,3 $\pm 15,1$	98,4 ± 38
№2	7,3 $\pm 2,54$ p=0,001	264,8 $\pm 135,4$ p<0,001	12,1 $\pm 3,8$ p<0,001	0,98 $\pm 0,22$ p=0,028	39 $\pm 16,1$ p<0,001	31,6 $\pm 14,8$ p<0,001

примечание: p<0,001 по отношению к группе пациентов №1

Из выше приведенной таблицы видно то, что количество Le пациентов группы № 1 статистически выше, чем у пациентов группы №2: $9,9 \pm 3,2 \times 10^9$ против полученного значения, равного $7,3 \pm 2,54 \times 10^9$, (p=0,001), что объективно указывает на наличие синдрома системного воспалительного ответа. Также было отмечено повышение уровня Tr с $217,6 \pm 88,1 \times 10^9$ для пациентов подгруппы №1 до $264,8 \pm 135,4 \times 10^9$, (p<0,001), для пациентов подгруппы пациентов № 2, что свидетельствует о повышении вязкости крови в ответ на воспаление. Показатель общего билирубина также имел статистическую значимость между группами исследуемых. Он почти в 2 раза выше, чем в группе № 1, (p<0,001), это указывало на обтурацию желчными конкрементами ductus cysticus, что

привело к экстренной госпитализации. Показатель РСТ указывал на гиперкоагуляцию вследствие воспаления и был статистически значимо повышен для группы пациентов № 2: $0,98 \pm 0,22$, %, ($p=0,028$), против значений, исследуемых группы № 1. Закономерно были повышены показатели трансаминаз, что объективно указывало на повреждение клеточных васкулярных и билиарных стенок гепатоцитов вследствие степени тяжести общего заболевания. Так, показатель АЛТ для группы пациентов № 2 составил $39 \pm 16,1$, ед/л, ($p < 0,001$), а АСТ – $31,6 \pm 14,8$ ед/л, ($p < 0,001$). Также пациентам было выполнено стандартное для клинических протоколов лечения и диагностики УЗИ ЖП. Результаты исследования приведены в таблице № 2.

Таблица 2 – Сравнительная характеристика УЗИ

Группа пациентов	Длина, мм.	Ширина, мм.	Толщина стенки, мм.	Слоистость	Инфильтрированность	Уплотненность
№1	$78,96 \pm 18,9$	$32,2 \pm 8,03$	$3,5 \pm 2,09$	35,0%	4,0%	50,0%
№2	$103,28 \pm 22,3$ $p < 0,001$	$37,6 \pm 7,6$ $p = 0,039$	$5,02 \pm 2,8$ $p = 0,001$	50,0% $p < 0,001$	15,0% $p < 0,001$	70,0% $p < 0,001$

примечание: $p < 0,001$ по отношению к группе пациентов №1

Результаты УЗИ показали, что для пациентов группы № 1 длина тела ЖП составила $78,96 \pm 18,9$ мм, ширина ЖП $32,2 \pm 8,03$ мм, толщина стенки $3,5 \pm 2,09$ мм, слоистость 35,0%, инфильтрированность 4,0%, уплотненность 50,0%. В совокупности представленные данные в сочетании с данными лабораторных исследований прямо свидетельствуют об отсутствии клинически значимого воспаления. Пациентам этой группы была выполнена плановая ЛХЭ. Для пациентов, которые были госпитализированы в экстренном порядке, УЗИ зоны локализации ЖП выявило: длина составила $103,28 \pm 22,3$ мм, ($p < 0,001$), ширина – $37,6 \pm 7,6$ мм, ($p = 0,039$), толщина стенки – $5,02 \pm 2,8$ мм, ($p = 0,001$), слоистость была выявлена в 35,0%, ($p < 0,001$), инфильтрированность – 15,0%, ($p < 0,001$), а уплотненность в 70,0% ($p < 0,001$), исследуемых. Полученные данные пациентов второй группы исследуемых указывают на «морфологическую активность» синдрома системного воспалительного ответа в анатомических образованиях ЖП по сравнению с группой пациентов, которые были госпитализированы планово. В группе пациентов № 2 также всем исследуемым была выполнена ЛХЭ.

Выводы

Основные принципы терапии пациентов с калькулезным холециститом заключаются в соблюдении клинических протоколов диагностики и лечения. Госпитализированных пациентов для выполнения ЛХЭ можно разделить на «плановых» и «экстренных». Пациенты, которые были госпитализированы в плановом порядке, характеризуются условным отсутствием патологических изменений в общем и биохимическом анализах крови, а по результатам ультразвукового исследования зоны локализации ЖП у них не было выявлено морфологических изменений в анатомических структурах в ответ на воспаление. Пациенты, подлежащие экстренной госпитализации для выполнения ЛХЭ, в свою очередь, характеризуются повышением уровня основных показателей метаболизма в общем и биохимическом анализах крови, а морфологические изменения в стенке ЖП прямо указывают на их воспаление, что закономерно влечет за собой увеличение продолжительности пребывания пациентов в отделении хирургии.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Карселадзе, Н. Д. Консервативное лечение желчно-каменной болезни: эффективность применения препарата урсодезоксихолевой кислоты / Н. Д. Карселадзе, С. А. Махнев, Ю. С. Сайфутдинова // Медицинский алфавит. – 2023. – № 13. – С. 46–49.

2. Скворцов, В. В. Диагностика и лечение желчнокаменной болезни / В. В. Скворцов, У. А. Халилова // Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. – 2018. – С. 142–150.

3. Призенцов, А. А. Желчнокаменная болезнь: состояние Проблемы / А. А. Призенцов, В. М. Лобанков, А. Г. Скуратов // Проблемы здоровья и экологии. – 2012. – № 3. – С.39–44.

УДК 616.36-004-02-052-06

П. С. Журавлёва

Научный руководитель: к.м.н., доцент Д. А. Евсеенко

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

КЛИНИЧЕСКИ ЗНАЧИМЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С РАЗЛИЧНОЙ ЭТИОЛОГИЕЙ ЦИРРОЗА ПЕЧЕНИ

Введение

Согласно определению Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), цирроз печени (ЦП) рассматривается как патологический процесс, характеризующийся фиброзом и трансформацией нативной печеночной ткани в аномальные узлы-регенераты в результате непрерывного некроза гепатоцитов, несбалансированности фиброгенеза и нарушения архитектоники печеночных долек с появлением ложных долек по всему объему печеночной ткани [1].

Общая распространенность больных ЦП во всем мире составляет более 30,0 миллионов человек. По данным ВОЗ, ЦП является одной из главных причин смертности, особенно в странах с низким и средним уровнем дохода. Несмотря на улучшение средств диагностики и лечения, в последние годы наблюдается тенденция к увеличению случаев заболеваемости более чем на 15,0%, что обусловлено широким распространением алиментарных гепатотропных интоксикаций и вирусных поражений печени. По статистике, наиболее часто страдают лица в возрасте 35,0–60,0 лет, при этом, показатель смертности составляет от 16 до 30 случаев на 100 000 населения. В Республике Беларусь за 2018 год отмечено 16 случаев смерти на 100 000 населения [2].

ЦП представляет собой терминальную стадию любого процесса, ведущего к хроническому повреждению паренхимы печени, причинами которого являются вирусные гепатиты В и С, аутоиммунный гепатит, длительное злоупотребление алкоголем и воздействие на печень токсических веществ, криптогенный цирроз, метаболические нарушения (гемохроматоз, болезнь Вильсона), длительный внутри- и внепеченочный холестаз, неалкогольная жировая болезнь печени, прочее [1].

Прогноз для жизни пациентов с ЦП во многом зависит от развития его осложнений: кровотечения из варикозно-расширенных (ВРВ) вен пищевода, печеночная энцефалопатия, гепаторенальный синдром, синдром гиперспленизма, спонтанный бактериальный асцит-перитонит, гепатоцеллюлярная карцинома (ГЦК), прочее [1].

Таким образом, остается невыясненным вопрос о клинической значимости некоторых осложнений у пациентов с различной этиологией ЦП.

Цель

Определить качественную и количественную характеристику клинически значимых осложнений у пациентов с различной этиологией ЦП.

Материал и методы исследования

Во время исследования было проанализировано 53 истории болезни пациентов с ЦП, находившихся на стационарном лечении в хирургическом отделении (гепатоло-