

У всех лабораторных животных групп 1 и 3 патогистологические изменения на 60 сутки после моделирования различных вариантов завершения холедохотомии в области «глухого» прецизионного шва ОЖП были менее выражены по сравнению с группой 2 и имели схожий характер. Эпителий слизистой на большем протяжении был сохранен, очаговая десквамация эпителия отмечалась непосредственно в области холедохотомии на протяжении менее чем 1/3 окружности протока. В этой же области в подлежащих тканях отмечены слабо выраженная лимфоидно-гистиоцитарная инфильтрация и слабо выраженные склеротические изменения в стенке протока непосредственно в зоне холедохотомии на протяжении менее чем 1/3 окружности протока.

Заключение. Таким образом, результаты экспериментального исследования указывают на преимущества применения «глухого» прецизионного шва холедохотомического отверстия без дренирования и с транспапиллярным дренированием скрытым дренажом по сравнению с наружным дренированием ОЖП, чем следует руководствоваться в практической деятельности при завершении холедохотомии.

Belyuk K.S., Zhandarov K.N., Rusin I.V.

EXPERIMENTAL STUDY OF PATHOLOGICAL CHANGES IN THE SITE OF CHOLEDOCHOTOMY INCISION

*Grodno State Medical University, Grodno Regional Clinical Hospital,
Grodno, Belarus*

Influence of different variants of choledochotomy incision closure on pathological changes in the site of choledochotomy incision have been studied in the experiment on 30 adult rabbits with mass $3,35 \pm 0,15$ kg. Morphological, pathohistological and X-ray examinations of common bile duct were performed. The experiment results showed advantages of precision suture of choledochotomy incision without drainage and using hidden drainage of common bile duct in comparison with external drainage of common bile duct.

**Бовтюк Н.Я., Алексеев С.А., Кошевский П.П.,
Павловец А.О., Французова А.М.**

ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ СЕПСИСА И СИНДРОМА СИСТЕМНОГО ВОСПАЛИТЕЛЬНОГО ОТВЕТА У ПАЦИЕНТОВ С БАКТЕРИОХОЛИЕЙ

УО «Белорусский государственный медицинский университет»

Актуальность. Согласно данным, приведенным ВОЗ, более 50% всех заболеваний человека вызывается микроорганизмами (вирусами, бактериями, простейшими, грибами и др.), а также гельминтами и паразитами. Несмотря на достигнутые в последние годы успехи в области

химиотерапии, создание высокоэффективных антибактериальных средств и методов, усиливающих их эффективность, частота тяжелых инфекций остается высокой, и они во многих случаях являются причиной смерти пациентов. В больницах общего профиля расходы на терапию инфекционных процессов занимают первое место среди затрат на лечение других заболеваний.

Немаловажным представляется констатация СИНДРОМА системного воспалительного ответа (ССВО), начиная с выявления, согласно концепции R. Bone (Чикагская МСК 1991 г. с доп. R. Boneи соавт.1992 г.), двух симптомов ССВО. Исследования показали, что при наличии уже двух симптомов ССВО появлялась 3% вероятность развития органной дисфункции, при трех симптомах она возрастала до 30%, а при четырех симптомах составляла 48% при 4% риске летального исхода. В общехирургических отделениях пациенты с калькулезным холециститом занимают ведущее место, и изучение ССВО и сепсиса у них является актуальной проблемой.

Цель – определить наличие ССВО и сепсиса у пациентов с бактериохолией и без нее. Для реализации цели решались следующие задачи: изучить микрофлору пузырной желчи у пациентов с хроническим калькулезным холециститом; выявить факторы риска развития ССВО и сепсиса у пациентов с хроническим калькулезным холециститом.

Материалы и методы. В работе выполнен анализ лечения 64 пациентов, которым выполнена холецистэктомия (ХЭ) в хирургическом отделении УЗ «3 ГКБ им. Е.В. Клумова» г. Минска в период сентября 2011 г. по март 2013 г.

Основная группа – 31 пациент, посев пузырной желчи у них дал микробный рост. Контрольную группу составили 34 пациента, у которых желчь была стерильной.

Результаты. В основной группе обследовано 28 (90,3%) женщин и 3 (9,7%) мужчин в возрасте от 32 до 83 лет, 7 (22,6%) из которых были трудоспособного возраста. При патоморфологическом исследовании в 31 (100,0%) случае подтвержден хронический холецистит. При анализе микробного пейзажа пузырной желчи были получены следующие данные: наиболее часто высеивались эшерихии – 8 (25,8%), стафилококк – 7 (22,6%), энтеробактер – 6 (19,4%) и клебсиелла – 5 (16,1%), реже в желчи были найдены энтерококк – 3 (9,7%) и стрептококк – 2 (6,5%). Грамотрицательные бактерии оказались чувствительными к офлоксацину, амикацину, ампициллину и резистентными к амоксициллину. Грамположительные бактерии были чувствительны к ванкомицину, отмечена резистентность к амоксициллину, клиндамицину. Устойчивость к антибиотикам цефалоспоринового ряда зафиксирована в 10 (32,25%) случаях.

В контрольной группе было 29 (85,3%) женщин и 5 (14,7%) мужчин, возраст которых составил от 39 до 81 года, из них трудоспособного

возраста 15 (44,1%). При патоморфологическом исследовании в 31 (100,0%) случае подтвержден хронический холецистит.

Пациентам в основной группе были выполнены следующие операции: у 22 (71,0%) пациентов – лапароскопическая холецистэктомия (ХЭ), в 6 (19,4%) случаях при наличии механической желтухи и протяженной стриктуры – ХЭ с формированием холедоходуоденоанастомоза по Юрашу-Виноградову из лапаротомного доступа, 2 (6,4%) – эндоскопическая папиллосфинктеротомия с последующей ХЭ и 1 (3,2%) пациенту выполнена ХЭ из мини-доступа; в контрольной группе 32 (94,1%) пациентам была выполнена лапароскопическая ХЭ и 2 (5,9%) – ХЭ с формированием холедоходуоденоанастомоза по Юрашу-Виноградову из лапаротомного доступа.

В основной группе в 8 (25,8%) случаях отмечен один критерий ССВО за счет лейкоцитоза, у 15 (48,4%) пациентов не было ни одного критерия. В контрольной группе ни у одного пациента не был выявлен ССВО. Из них у 18 (52,9%) пациентов отмечался один из критериев ССВО: в 14 (77,8%) случаях это был лейкоцитоз, в 3 (17,7%) – тахипноэ и в 1 (5,5%) случае – повышение температуры тела.

В основной группе калькулезный холецистит был осложнен механической желтухой у 8 (25,8%) пациентов, из них сепсис развился в 6 случаях. В контрольной группе желтуха развилась в 1 (2,9%) случае.

При анализе количества и размеров камней установлено, что эти факторы не влияли на частоту бактериохолии и ССВО.

При анализе групповой принадлежности по системе АВО установлено, что в основной группе преобладали пациенты с I и III группами крови – по 10 (32,3%) пациентов, в контрольной группе с I группой крови – 17 (50,0%). У 5 из 8 пациентов с сепсисом была III группа крови.

Заключение. В группе пациентов со стерильной желчью ССВО не развивается; в группе с бактериохолией ССВО встречается чаще, и при наличии двух критериев определяется как сепсис; основные факторы риска развития ССВО и сепсиса в исследованных группах: механическая желтуха, женский пол, возраст старше 70 лет и III группа крови.

**Koshevsky P.P., Alekseev S.A., Bovtiuk N.J., Pavlovec A.O.,
Francuzova A.M.**

THE RISK FACTORS OF SEPSIS AND SIRS IN PATIENTS WITH BACTERIOCHOLIA

Belarusian State Medical University, Minsk

In general hospital costs for treatment of infectious processes are the most common expenses for treatment of other diseases. It is an important statement of systemic inflammatory response syndrome (SIRS), starting with the identification of two symptoms of SIRS. There are patients with calculous cholecystitis taking leading position in general surgical wards, and the study of

SIRS and sepsis among them is the actual problem. This study analyzed the risk factors of SIRS in patients with microflora in the bile and without it.

Богуцкий М.И., Цыркунов В.М.

РОЛЬ И МЕСТО ГЕПАТИТА В СТРУКТУРЕ ПОСТХОЛЕЦИСТЭКТОМИЧЕСКОГО СИНДРОМА

*УО «Гродненский государственный медицинский университет»,
Гродно, Беларусь*

Актуальность. Течение желчнокаменной болезни (ЖКБ) с длительным камненосительством в 60-80% случаев сопровождается вовлечением в патологический процесс других органов, имеющих тесную анатомо-функциональную связь с билиарной системой, прежде всего печени и поджелудочной железы. Сопровождающая ЖКБ билиарная недостаточность сохраняется на протяжении длительного времени и после удаления желчного пузыря.

Цель – изучить частоту развития хронического гепатита у пациентов с хроническим калькулезным холециститом (ХКХ) и постхолецистэктомическим синдромом (ПХЭС).

Материал и методы. Обследованы 34 пациента (8 мужчин и 26 женщин) с ХКХ с длительностью камненосительства более 5 лет и 28 пациентов (3 мужчин и 25 женщин) с ПХЭС. Возраст пациентов в обеих наблюдаемых группах колебался в широком диапазоне (от 27 до 65 лет), преобладали лица старше 50 лет (64,7% и 71,4%, соответственно).

Результаты. В обеих группах пациентов основной была жалоба на боли в правом подреберье различного характера и интенсивности, от ноющих до приступообразных: у 34 (100%) пациентов с ХКХ и у 26 (92,8%) с ПХЭС. С одинаковой частотой пациенты обеих групп жаловались на общую слабость, сухость и горечь во рту, пониженный аппетит, периодическую тошноту и неустойчивый стул.

При лабораторном обследовании повышенное содержание билирубина выявлено у 12 (35,3%) пациентов с ХКХ и у 4 (14,3%) с ПХЭС. Повышение активности АлАТ наблюдалось у 22 (64,7%) и у 12 (42,8%) пациентов, соответственно. Лейкоцитоз в периферической крови наблюдался у 4 (11,7%) пациентов с ХКХ и у 2 пациентов (7,1%) с ПХЭС. Повышенная СОЭ имела место у 14 пациентов (41,2%) с ХКХ и 6 (21,4%) пациентов с ПХЭС.

Гепатомегалия имела место у 30 пациентов с ХКХ (88,2%) и у 18 (64,3%) с ПХЭС. Повышение эхогенности паренхимы печени в обеих группах наблюдалось в 94,1% и 98,8% пациентов, соответственно, уплотнение стенок желчных протоков имело место у 52,9% пациентов с ХКХ и значительно реже (28,6%, $P < 0,01$) у пациентов с ПХЭС. В группе