

когортного исследования составили 25 пациентов (мужчины – 15, женщины – 10, средний возраст – 46,3+/-3,47), находящихся в отделении интенсивной терапии с диагнозом «панкреонекроз, тяжелое течение». Изучено влияние на исходы лечения клинико-эпидемиологических, лабораторно-диагностических, этиотропных, антибактериальных паттернов у выживших и умерших от панкреонекроза пациентов в отделении интенсивной терапии. Статистическая обработка полученных данных проведена с использованием программы MedCalc Software, версия 18.10.2.

**Результаты и их обсуждение.** Возраст, наличие или отсутствие ОПП/ХБП (острого повреждения почек/хронической болезни почек), ИБС, симптомов сепсиса и септического шока являются прогностическими факторами благоприятного или неблагоприятного исхода интенсивной терапии панкреонекроза. Снижение количества тромбоцитов, общего белка, сывороточного альбумина, увеличение уровня креатинина, мочевины, С-реактивного белка – прогностические неблагоприятные факторы исхода данного заболевания. Снижение амилазы от исходного уровня ассоциируется с благоприятным прогнозом исхода заболевания. Рост АЧТВ и МНО у пациентов в процессе интенсивной терапии ассоциированы с неблагоприятным прогнозом. Применение 20 видов парентеральных и 5 видов энтеральных антибиотиков не ассоциируется с выживаемостью при интенсивной терапии панкреонекроза. Достоверно более частое использование симпатомиметиков, инвазивной ИВЛ, процедур гемофильтрации не приводит к благоприятному исходу панкреонекроза.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Huber, W. Therapie der akuten nekrotisierenden Pankreatitis [Treatment of acute necrotizing pancreatitis] / W. Huber, H. Algül // Internist (Berl). – 2019. – Vol. 60, iss. 3. – P. 226–234.
2. Mederos, M. A. Acute Pancreatitis / M. A. Mederos // JAMA. – 2021. – Vol. 325, iss. 4. – P. 382–390.
3. Sarr, M. G. 2012 revision of the Atlanta classification of acute pancreatitis / M. G. Sarr // Polish Archives of Internal Medicine. – 2013. – Vol. 123, iss. 3 – P. 118–124.

## ДИВЕРТИКУЛЯРНАЯ БОЛЕЗНЬ ТОЛСТОЙ КИШКИ: ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ

*Климович И.И.<sup>1</sup>, Борисюк Т.А.<sup>1</sup>, Юркевич С.В.<sup>2</sup>*

<sup>1</sup>Гродненский государственный медицинский университет,

<sup>2</sup>Городская клиническая больница скорой медицинской помощи г. Гродно

**Актуальность.** Дивертикулярная болезнь (ДБ) толстой кишки является одним из наиболее распространенных заболеваний ЖКТ. В последние 30–40 лет происходит омоложение болезни. Так, в настоящее время у лиц младше 40

лет распространенность ДБ составляет 5–10 %, в связи с чем прогрессивно увеличиваются расходы на диагностику и лечение, что переводит болезнь в социально значимую [1, 2]. ДБ выявляется у 1/3 лиц старше 60 лет и у 2/3 старше 80 лет. Действительную частоту ДБ толстой кишки трудно определить в основном из-за отсутствия явной симптоматики у большинства пациентов [5]. Кроме того, следует отметить, что симптоматика ДБ носит неспецифический характер. Больные могут предъявлять жалобы на боли в животе, метеоризм, неустойчивый стул, что присуще большинству пациентов с патологией кишечника. Как правило, пациенты наблюдаются с диагнозом «синдром раздраженного кишечника» до проведения исследования (колоноскопии, ирригоскопии или УЗИ) [3, 4].

**Цель.** Определить наиболее значимые клинические, лабораторные и дополнительные методы исследования для диагностики и лечения ДБ.

**Методы исследования.** Обследовано 86 пациентов с разными формами ДБ, которые находились на лечении в хирургическом отделении БСМП г. Гродно в 2022–2023 гг. (10 месяцев 2023 г.). Мужчин было 31 (36,0 %), женщин – 55 (64,0 %). Возраст пациентов – от 22 до 87 лет, средний возраст составил 57,4 года. Для постановки диагноза учитывались основные клинические симптомы ДБ, из лабораторных показателей проводили общий анализ крови, мочи, биохимический анализ крови (определяли уровень общего белка, билирубина, глюкозы, активности трансфераз (АСТ, АЛТ), содержание мочевины, креатинина, С-реактивного белка, активности ферментов поджелудочной железы (амилазы и липазы) в плазме крови). Дополнительные методы включали УЗИ органов брюшной полости, гепатопанкреатодуоденальной зоны, фиброгастродуоденоскопия (ФГДС), компьютерная томография (КТ), магниторезонансная томография (МРТ), колоноскопия, ирригоскопия (по показаниям).

**Результаты и их обсуждение.** ДБ длительное время может не проявляться, часто ее обнаруживают случайно при обследовании пациентов по поводу других заболеваний. Таких пациентов у нас было 7 (8,1 %) Основными симптомами неосложненной ДБ являются боли в левой подвздошной области или над лобком, то есть в зоне расположения сигмовидной кишки, проявляющиеся от легкого покалывания до сильных коликообразных. Таких пациентов у нас было 51 (59,3 %). Иногда отмечается точечная боль в нижней части живота, которая сохраняется в течение нескольких дней, то затухая, то заново начинаясь, и усиливается при физической нагрузке, кашле, а также после опорожнения кишечника и во время надавливания на живот. Таких пациентов у нас было 13 (15,1 %). Нарушение функции кишечника проявляется чаще в виде запоров, иногда отмечается диарея, неустойчивый стул, которые могут сочетаться с тошнотой или рвотой, повышением температуры тела, появлением необильных кровянистых выделений, что наблюдали при осложнениях ДБ у 15 (17,5 %) пациентов. Самому младшему пациенту было 22 года (мужчина), а самому старшему – 87 лет (2 женщины). Кровотечения имели место в возрастной группе 61–87 лет. У пациентов мужчин с 1 группой крови в

возрасте 71–80 лет при кровотечении отмечалось снижение протромбина, фибриногена и МНО. У пациента (мужчина) с 3 группой крови показатели коагулограммы были в пределах нормы. У пациентов со 2 группой крови (обе женщины) эритроциты, гемоглобин, гематокрит были снижены при увеличении фибриногена, у второй женщины по лабораторным данным отмечалось сгущение крови. Оперировано 10 (11,6 %) пациентов в связи с осложнениями ДБ и развитием перитонита, умер 1 пациент, послеоперационная летальность 10 %. Приводим частный случай осложнения: ДБ сигмовидной кишки у пациента 43 лет, страдающего ХПН, находившимся на гемодиализе, с развитием дивертикулита, осложнившимся абсцессом брюшной полости с разгерметизацией и развитием распространенного фибринозно-гнойного перитонита, по поводу которого была проведена лапаротомия с обструктивной резекцией сигмовидной кишки. Операция закончена наложением концевой сигмостомы, санацией и дренированием брюшной полости. В послеоперационном периоде развились паралитическая кишечная непроходимость, двусторонняя полисегментарная пневмония. На фоне гипокоагуляции развилась гематурия, осложнившаяся гемотампонадой мочевого пузыря. По поводу последней произведена цистостомия, ликвидация гемотампонады мочевого пузыря. Кроме того, развились двусторонний гидроторакс, двусторонний гидроперикард, острая легочно-сердечная недостаточность. У данного пациента также имели место сопутствующие патологии: серонегативный ревматоидный артрит, активность 2, вторичный амилоидоз почек, азотемическая стадия. ХБП, киста левой почки, хронический колит, хронический тонзиллит, ЖКБ, хронический гастрит, полип желудка, пролапс митрального клапана 1 ст. с МР 1 ст., ТР 1 ст., АР 1 ст., Н0, аортальная недостаточность. Данное наблюдение показывает сложность клинического течения ДБ с развитием смертельно опасных осложнений со стороны органов и систем, что требует дальнейшего изучения этиопатогенеза ДБ при тяжелых сопутствующих заболеваниях с целью предотвращения летального исхода. При консервативном лечении ДБ с выраженными клиническими проявлениями проводили комплекс лечебных мероприятий: сбалансированная диета, содержащая большое количество растительной клетчатки, а при упорных запорах и жидкости; витамины; препараты, нормализующие функцию кишечника. При наличии явлений дивертикулита назначали антибиотики, при диарее использовали противодиарейные средства, нормализовали водно-солевой баланс, при наличии ферментативной недостаточности поджелудочной железы назначали ферментативные препараты.

#### **Выводы.**

1. Дивертикулярная болезнь толстого кишечника проявляется клинически лишь при воспалении в стенке дивертикула.
2. Основным диагностическим методом дивертикулярной болезни толстой кишки является фиброколоноскопия

3. При прогрессировании воспалительного процесса при ДБ развиваются осложнения – кровотечение, непроходимость кишечника, перфорация дивертикула с развитием перитонита.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Рекомендации Российской гастроэнтерологической ассоциации, Ассоциации колопроктологов России по диагностике и лечению взрослых больных дивертикулярной болезнью ободочной кишки / В. Т. Ивашкин [и др.] // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. – 2016. – Т. 26, № 1. – С. 65–80.

2. Ардатская, М. Д. Дивертикулярная болезнь толстой кишки: решенные и нерешенные вопросы / М. Д. Ардатская // Медицинский совет. – 2017. – № 15. – С. 68–75.

3. Минушкин, О. Н. Дивертикулярная болезнь толстой кишки: наблюдение в условиях поликлиники / О. Н. Минушкин, М. А. Кручинина // Колопроктология. – 2014. – Т. 3, № 49. – С. 94–95.

4. Голованова, Е. В. Циклическая терапия симптоматической дивертикулярной болезни рифаксимином и растворимыми пищевыми волокнами – эффективная профилактика осложнений / Е. В. Голованова // Медицинский совет. – 2019. – № 3. – С. 98–107.

## МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ НЕЙРОНОВ ПОЯСНОЙ КОРЫ МОЗГА КРЫСЫ ПРИ ХОЛЕСТАЗЕ

*Климуть Т.В.<sup>1</sup>, Заерко А.В.<sup>1</sup>, Емельянчик С.В.<sup>2</sup>, Зиматкин С.М.<sup>1</sup>*

<sup>1</sup>Гродненский государственный медицинский университет,

<sup>2</sup>Гродненский государственный университет им. Я.Купалы

**Актуальность.** Холестаз – нарушение оттока желчи из печени в двенадцатиперстную кишку. Это осложнение возникает при различной патологии печени и желчевыводящих путей, особенно часто при желчекаменной болезни, которой страдает более 10 % населения планеты. Недостаточный отток желчи приводит к поступлению ее компонентов (билирубин, желчные кислоты и др.) в кровь, а затем и в мозг [1]. В клинической практике отмечено, что холемическая и печеночная интоксикация оказывают сильное угнетающее действие на ЦНС.

В обеспечении многообразных функций головного мозга принимает активное участие поясная кора его больших полушарий. Она является важной частью лимбической системы, которая отвечает за эмоции, обучение, память. Ее нарушения могут быть связаны с когнитивным дефицитом, депрессией, бессонницей, наблюдаемыми при холестазах [2]. Поясная кора совершенно не изучена при холестазах, и ее исследование поможет понять механизмы развития нейропсихических расстройств при наличии этой патологии.