

Выводы.

1. У пациентов с ЭЭ по отношению к пациентам с ЭС и контролю при спектральном анализе преобладают симпатические регуляторные влияния с достоверным увеличением LF и LF % составляющих ВСР. А у пациентов с ЭС дополнительно по отношению к группе ЭЭ и контролю выявлено снижение парасимпатических регуляторных влияний с снижением HF компонента составляющей ВСР.

2. У пациентов с ЭЭ выявлена положительная корреляция клинических проявлений ГЭРБ с парасимпатическими регуляторными влияниями (RRNN), кроме того, установлено, что у пациентов с ЭС по сравнению с группой ЭЭ достоверно чаще встречается малосимптомный характер течения ГЭРБ.

3. Нарастание тяжести респираторных событий (АНИ) у пациентов с ЭС ассоциировано с уменьшением вклада парасимпатической составляющей ВСР и увеличением симпатовагального индекса (LF/HF).

ЛИТЕРАТУРА

1. Шкляев, А. Е. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь: диагностика, медикаментозное лечение, бальнеотерапия / А. Е. Шкляев, М. В. Дударев // Архивъ внутренней медицины. – 2022. – 12 (3). – С. 195–202.

2. Фенотипы гастроэзофагеальной рефлюксной болезни: классификация, механизмы развития и критерии диагностики / И. В. Маев [и др.] // Consilium Medicum. – 2022. – Т. 24, № 5. – С. 277–285.

3. Obstructive Sleep Apnea and Cardiovascular Disease / Y. Yeghiazarians [et al.] // A Scientific Statement From the American Heart Association. Circulation. – 2021. – Vol. 144, iss. 3. – P. e56–e67.

4. Symptoms of Obstructive Sleep Apnea, Gastroesophageal Reflux and the Risk of Barrett's Esophagus in a Population-Based Case – Control Study / A. Lindam [et al.] // PLoS One. – 2015. – Vol. 10, iss.6. – P. e0129836.

5. Викторова, И. А. Роль вегетативной нервной системы в патогенезе гастроэзофагеальной рефлюксной болезни / И. А. Викторова, И. А. Гришечкина, Л. Н. Соболев // Молодой ученый. – 2014. – № 5 (64). – С. 128–131.

ОЦЕНКА ЗНАЧИМОСТИ КЛИНИЧЕСКИХ ЛАБОРАТОРНЫХ И ДОПОЛНИТЕЛЬНЫХ МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЯ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА

Колоцей В.Н.¹, Климович И.И.¹, Страпко В.П.²

¹Гродненский государственный медицинский университет,

²Городская клиническая больница скорой медицинской помощи г. Гродно

Актуальность. В доступной многочисленной литературе зачастую противоречиво отражены сведения об информативности клинических, лабораторных и дополнительных методов диагностики и оценки результатов

лечения острого панкреатита (ОП) [1, 2, 3]. До настоящего времени, особенно в диагностическом аспекте, а также и в оценке адекватности лечения, не существует единого универсального способа, который бы удовлетворял врача и пациента. [2, 3]

Цель. Определить наиболее значимые клинические, лабораторные и дополнительные методы исследования для диагностики и оценки лечения ОП.

Методы исследования. Нами ретроспективно изучены основные клинические, лабораторные и дополнительные методы исследования, которые применялись с целью диагностики и в процессе лечения у 187 пациентов ОП, которые находились на лечении в хирургическом отделении Городской клинической больницы скорой медицинской помощи г. Гродно в 2017–2023 гг. (11 месяцев 2023 г.). Мужчин было 147 (78,6 %), женщин – 40 (21,4 %). Возраст пациентов – от 20 до 83 лет, средний возраст составил 40,2 года. Учитывались основные клинические симптомы ОП, из лабораторных показателей при поступлении и в процессе лечения определяли общий анализ крови, мочи, биохимический анализ крови – уровни 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 гепатопанкреатодуоденальной зоны, которые выполняли всем 187 (100 %) пациентам с ОП, фиброгастродуоденоскопия (ФГДС) произведена 179 (95,7 %), компьютерная томография (КТ) выполнена 51 (27,3%) пациенту с острым деструктивным панкреатитом (ОДП), магниторезонансная томография (МРТ) – 68 (36,4 %), лапароскопия – 63 (33,7 %) пациентам.

Результаты и их обсуждение. Клинически ОП практически всегда проявлялся интенсивной болью в эпимезогастральной области. Иррадиация боли в спину и поясничную область больше слева отмечена нами у 81(43,3 %) пациента, опоясывающий характер боли отмечен у 62 (33,2 %). Рвота, не приносящая облегчения, отмечена у 59 (31,5 %) пациентов. Вздутие живота и пальпируемый инфильтрат в эпимезогастральной области имели место у 85 (45,4 %) пациентов. ОДП наблюдался у 38 (20,3 %) пациентов, уровень амилазы у которых составил $432 \pm 28,5$ МЕ/л, а липазы – $2016 \pm 31,2$ МЕ/л. Оперированы 36 (19,2 %) пациентов. Уровень амилазы у оперированных пациентов составил $649 \pm 43,6$ МЕ/л, а липазы – $2461 \pm 39,4$ МЕ/л. Операционные находки подтверждали данные клинико-лабораторных исследований у 32(88,9 %) пациентов, данные КТ – у 50 (98,0 %), МРТ – у 67 (98,52 %). Необходимо отметить, что при сомнении и недостаточно четком отражении очагов панкреонекроза в 15 (29,4 %) случаях мы применяли КТ с контрастированием, что позволило более четко диагностировать очаги панкреонекроза до операции.

Ферментативный перитонит был у 41(21,9 %) пациента, всем была выполнена лапароскопия, санация и дренирование брюшной полости. При этом выпот из брюшной полости брали на определение активности панкреатических ферментов, посев на микробиологические среды с определением характера

микрофлоры и ее чувствительности к антибиотикам. Активность амилазы у этих пациентов составила $631 \pm 32,9$ МЕ/л, а липазы – $381 \pm 21,3$ МЕ/л.

Остальные пациенты в количестве 151 (80,7 %) получали консервативное лечение согласно клиническим протоколам. После оперативного лечения умерли 11 пациентов, послеоперационная летальность составила 30,5 %. Наиболее высокие значения активности сывороточной амилазы наблюдали в течение первых суток от начала заболевания, а активность липазы повышалась в более поздние сроки. Прямой зависимости между активностью амилазы и формой острого панкреатита не отмечалось. Изменения показателей общего анализа крови у пациентов не были специфичными, однако в пользу инфицированного панкреонекроза свидетельствовало повышение уровня лейкоцитоза со сдвигом лейкоцитарной формулы влево, если оно наблюдалось в динамике лечения. При панкреонекрозе и при развитии септических осложнений наблюдали значительный лейкоцитоз с выраженным сдвигом влево и появлением токсической зернистости нейтрофилов, также отмечались тромбоцитопения, уровень С-реактивного белка составлял $274 \pm 32,1$ мг/л. В биохимическом анализе крови наблюдались: гипопроteinемия за счет снижения альбуминов, диспротеинемия, гипергликемия. Выявлено, что наиболее постоянно при панкреонекрозе регистрировались повышенные активности аланиновой и аспарагиновой аминотрансфераз. О выраженных изменениях водно-электролитного баланса свидетельствовали гемоконцентрация, дефицит калия, натрия, кальция. При обширных формах панкреонекроза снижение концентрации кальция в плазме крови обусловлено его депонированием в очагах стеатонекроза в виде солей желчных кислот. Показатели коагулограммы были в пределах нормы (эталонный тест – отрицательный, ПТИ – 0,8–1,0; фибриноген – 2–4 г/л) при неструктивных формах острого панкреатита. У пациентов с ОДП отмечались заметное увеличение фибриногена, положительный этаноловый тест, увеличение ПТИ (более 1,0).

Выводы

1. В диагностике ОП и оценки результатов его лечения следует учитывать клинику заболевания, лабораторные и дополнительные методы исследования в комплексе, что позволяет повысить уровень диагностики и лечения

2. При ОП через несколько часов резко увеличивается липаза (значительно выше, чем амилаза) и остается повышенной в течение 9–13 дней.

3. Повышение концентрации С-реактивного белка больше 145 мг/л подтверждает наличие ОДП, а увеличение его концентрации в динамике заболевания более чем на 25–30 % от исходного уровня свидетельствует о инфицированном панкреонекрозе.

4. Применение КТ (особенно с контрастированием) и МРТ у пациентов с ОП позволяют получить наиболее четкую и объективную информацию для диагностики и выбора метода и объема операции.

ЛИТЕРАТУРА

1. Назаренко, Г. И. Клиническая оценка результатов лабораторных исследований / Г. И. Назаренко, А. А. Кишкун. – М. : Медицина, 2006. – 543 с.
2. Араблинский, А. В. Диагностика, динамическое наблюдение и выработка тактики у больных с острым панкреатитом (данные компьютерной томографии и магнитно-резонансной томографии) / А. В. Араблинский [и др.] // Вестник рентгенологии и радиологии. – 2012. – № 2. – С.4–12.
3. Колоцей, В. Н. Острый и хронический алкогольные панкреатиты: диагностика, лечение, профилактика / В. Н. Колоцей, И. И. Климович, В. П. Страпко // Актуальные медико-биологические проблемы алкогольной и других химических зависимостей : сб. ст. II междунар. науч.-практ. конф., Гродно, 7–8 окт. 2021 г.– Гродно, 2021. – С.47–50.

ТРУДНЫЙ ДИАГНОЗ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА И СОВРЕМЕННЫЕ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИЕ ТЕХНОЛОГИИ

Колоцей В.Н.¹, Смотрич С.М.¹, Страпко В.П.²

¹Гродненский государственный медицинский университет,

²Городская клиническая больница скорой медицинской помощи г. Гродно

Актуальность. Острый аппендицит является самой частой причиной острой хирургической патологии органов брюшной полости. Клиническая картина воспаления червеобразного отростка многолика и порой требует проведения достаточно большого количества диагностических процедур, особенно у женщин и пациентов пожилого возраста. Однако вопросы дифференциальной диагностики остаются весьма сложными, поскольку при стертой абдоминальной симптоматике бывает весьма непросто поставить правильный диагноз. В связи с этим значение эндовидеохирургических возможностей трудно переоценить. Лапароскопия обладает высокой степенью диагностической информативности и позволяет выполнить не только диагностические, но и лечебные манипуляции [1]. Оснащение стационаров современным диагностическим оборудованием – МРТ, КТ, аппаратами УЗИ экспертного класса, современными клиническими лабораториями – позволило значительно улучшить диагностические возможности.

Цель. Проанализировать диагностические и лечебные возможности лапароскопии в диагностике и лечении острого аппендицита.

Методы исследования. Нами был проведен анализ результатов лечения 146 пациентов, находившихся на лечении в хирургическом отделении больницы скорой медицинской помощи г. Гродно в 2022 году, которым была выполнена аппендэктомия. Это были пациенты в возрасте от 18 до 84 лет, мужчин было 67 (45,9 %), женщин – 79 (54,1 %). Верификация диагноза той или иной формы аппендицита основывалась на данных патогистологического исследования червеобразного отростка. Также был проведен анализ экстренной