Выводы. 1. Тестирование пациентов с туберкулезом быстрыми молекулярно-генетическими методами проводится в 97,6% по отношению к числу зарегистрированных и подлежащих исследованию пациентов, в том числе новые случаи туберкулеза – в 97,2%, рецидивы заболевания – в 99,5% и другие случаи повторного лечения – в 97,1%.

2. Биохимический показатель С-реактивного белка на уровне 16,0-49,0 мг/л у пациентов мужского пола в возрасте 35-54 лет с вирусной инфекцией COVID-19 в сочетании с двусторонним поражением долей легких в пределах 30-69% и с наличием сахарного диабета в анамнезе может служить диагностическим предиктором наличия туберкулеза легких у пациентов с COVID-19.

ЛИТЕРАТУРА

1. Динамика биохимических показателей у пациентов, перенесших COVID-19, спустя год и более после госпитализации в зависимости от наличия постковидной астении / Я. Д. Белоусова [и др.] // Журнал инфектологии. – Приложение 1. – 2024. – Т. 16, № 3. – С. 23-24.

2. Оценка клинико-экономической эффективности нового алгоритма и комплексного метод лабораторной диагностики рифампицин-устойчивого туберкулеза (МЛУ/ШЛУ-ТБ) / Л.К. Суркова [и др.] // Рецепт. Приложение : сб. науч. тр. Первого съезда фтизиатров и пульмонологов РБ «Современные направления развития респираторной медицины и фтизиатрии», г. Минск, 17–18 мая 2018 г. – Минск, 2018. – С. 136-142.

3. Туберкулез в Беларуси на рубеже XX-XXI вв. и в первой четверти XXI в.: эпидемиология, проблема, задачи / О. М. Калечиц [и др.] // Здравоохранение. – 2024. – № 11(932). – С. 18-27.

КЛИНИКО-БИОХИМИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПРОЯВЛЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО РЕЦИДИВИРУЮЩЕГО ПАНКРЕАТИТА У ЛИЦ СРЕДНЕГО ВОЗРАСТА

Колоцей В.Н.[1], Климович И.И.[1], Страпко В.П.[1], Артюх Д.И.[1], Юркевич С.В.[2].

[1] Гродненский государственный медицинский университет
[2] Гродненская клиническая больница скорой медицинской помощи, Гродно, Республика Беларусь

Актуальность. Полиэтиологичность развития и многогранность этиопатогенеза хронического рецидивирующего панкреатита (ХРП) констатирует тот факт, что типичные клинические проявления и точные биохимические изменения в крови до сих пор не выяснены [1]. Причины боли при ХРП многофакторны, и их биохимия, и патофизиология до конца не расшифрованы. Боль может быть обусловлена изменениями как структуры поджелудочной железы, так и невропатической природы [1,2].

Репозиторий ГрГМУ

Цель. Выяснить особенности клиники, биохимических изменений в крови и дополнительных методов исследования при ХРП для диагностики и оценки лечения.

Материалы и методы исследования. Нами ретроспективно изучены основные клинические, лабораторные и дополнительные методы исследования, которые применялись с целью диагностики и в процессе лечения у 89 пациентов среднего возраста с ХРП, которые находились на лечении в хирургическом отделении БСМП г. Гродно в 2022-2023 г. Мужчин было 57 (64,0%), женщин 32 (36,0%).

У всех пациентов при поступлении и в процессе лечения определяли показатели общего анализа крови, мочи и основных ферментов поджелудочной железы (амилазы, липазы, диастазы). Биохимический анализ крови включал также: исследование уровня общего белка, билирубина и его фракций, активности трансфераз АСТ, АЛТ, концентрации мочевины, глюкозы, креатинина, С-реактивного белка, коагулограмму. Для определения альфа-амилазы (общей) применялся кинетический метод $GNPG_3$ - единицы измерения-Ед/л. Липаза определялась калориметрпическим методом - единицы измерения - Ед/л и С-реактивный белок иммунотурбодиметрическим методом, единицы измерения -мг/л.

Дополнительные методы включали УЗИ органов гепатопанкреатодуоденальной зоны, которые выполняли всем 89(100%) пациентам с ХРП, фиброгастродуоденоскопия (ФГДС) произведена 89 (100%), компьютерная томография (КТ) выполнена у 23(25,8%) пациентов, магниторезонансная томография (МРТ) у 17(19,1%), диагностическая лапароскопия – у 2 (2,2%) пациентов.

Результаты и обсуждение. Клинически ХРП практически всегда проявлялся интенсивной болью в эпимезогастральной области. Иррадиация боли в спину и поясничную область больше слева отмечена нами у 15(16,8%) пациента, опоясывающий характер боли отмечен у 13 (14,6%). Рвота, не приносящая облегчения, отмечена у 2 (2,2%) пациентов. Вздутие живота и диспепсические жалобы имели место у 16 (18,0%) пациентов. Средний койко-день лечения среди мужчин и женщин составил 10,7. Наибольшее количество пациентов были в возрасте от 55 до 59 лет (40,5%), в возрасте от 45 до 49 лет (29,2%) и от 50 до 54 (30,3%). Ожирение имело место у 6 (6,7%) пациентов у которых индекс массы тела (ИМТ) был > 25 кг/м^2. Активность амилазы у этих пациентов составила 673 ± 23,1 МЕ/л, а липазы 495 ±172,3 МЕ/л. ЖКБ была у 14 (15,7%) пациентов. Сахарный диабет наблюдался у 10 (11,2%) пациентов с ХРП. Среди всех пациентов страдали алкогольной зависимостью 7 (7,9%). Кисты поджелудочной железы определялись у 7 (7,9%) пациентов, при этом в области хвоста ПЖ у 5 пациентов, головки у 2 пациентов. Асцит имел место у 2 (2,2%), желтуха у 3(3,4%) пациентов. Оперировано 5 (5,6%) пациентов, средний койко-день составил 20. Умерло после операции 2 (40%), женщина 50 лет на 22 день после начала лечения и мужчина 45 лет на 18день у которых имел место панкреонекроз и сепсис. Уровень амилазы у оперированных пациентов составил 659 ± 39,1 МЕ/л, а липазы 2495 ± 31,1 МЕ/л. При

Репозиторий ГрГМУ

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 263 ± 29,3 мг/л. В биохимическом анализе крови наблюдались: гипопротеинемия за счет снижения альбуминов, диспротеинемия, гипергликемия. Выявлено, что наиболее постоянно при панкреонекрозе регистрировались повышенные активности аланиновой и аспарагиновой аминотрансфераз. При ОДП 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. Клиническое выздоровление наступило после лечения у 8 (9%) пациентов. Выписаны с улучшением 78 (87,6%). Остальные 84 (94,4%) пациента получали консервативное лечение согласно протоколам лечения. В этой группе пациентов, получавших консервативное лечение, умер 1 (1,1%) пациент 59 лет на пятый день после поступления в стационар мужчина, страдавший хроническим алкоголизмом, заядлый курильщик у которого развился панкреонекроз, ферментативный перитонит, полисегментарная пневмония, двусторонний гидроторакс, сепсис, полиорганная недостаточность.

Выводы

1. Риск развития ХРП наблюдается значительно чаще у лиц при алкогольной зависимости и связан с метаболическими нарушениями.

2. Ожирение вне зависимости от этиологии ХРП позволяет предположить тяжелое течение заболевания с развитием системных и местных осложнений.

3. На фоне ХРП возможно развитие острого деструктивного панкреатита, что нельзя трактовать как обострение хронического панкреатита.

ЛИТЕРАТУРА

1. Колоцей, В. Н. Острый и хронический рецидивирующий панкреатит, осложнившийся развитием психоза: диагностика, лечение, профилактика / В. Н. Колоцей, И. И. Климович, В. П. Страпко // Актуальные вопросы и современные подходы в оказании хирургической помощи в Республике Беларусь: сб. материалов Респ. науч.-практ. конф. с междунар. участием и XXVIII Пленума Правления Белорусской ассоциации хирургов. – Минск, 2021. – С. 181-182.

2. Разводовский, Ю. Е. Алкоголь как фактор гендерной разницы уровня общей смертности в Беларуси / Ю. Е. Разводовский, И. И. Климович // Донозология - 2019. Проблемы диагностики и коррекции состояния здоровья при формировании здорового образа жизни: материалы четырнадцатой Евразийской научной конференции, посвященной 100-летию СПБ ГБУЗ "Городская поликлиника № 14". – Санкт-Петербург, 2019.

Репозиторий ГрГМУ