

# СРАВНИТЕЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ ХРОНИЧЕСКОГО РЕЦИДИВИРУЮЩЕГО ПАНКРЕАТИТА У ЛИЦ МОЛОДОГО И СРЕДНЕГО ВОЗРАСТА

Колоцей В. Н.<sup>1</sup>, Климович И. И.<sup>1</sup>, Страпко В. П.<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 города Гродно

**Актуальность.** Полиэтиологичность развития и многогранность этиопатогенеза хронического рецидивирующего панкреатита (ХРП) констатирует тот факт, что типичных клинических проявлений его до сих пор не установлено [1]. Боль может быть обусловлена наступившими морфологическими изменениями как структуры самой поджелудочной железы, так и невропатической природы [2].

**Цель** – выяснить риск развития и особенности клиники ХРП у пациентов молодого и среднего возраста, его диагностику и лечение.

**Методы исследования.** Нами ретроспективно изучены основные клинические, лабораторные и дополнительные методы исследования, которые применялись с целью выяснить особенности клиники ХРП у пациентов молодого и среднего возраста для диагностики и оценки лечения у 219 пациентов с ХРП, которые находились на лечении в хирургическом отделении БСМП г. Гродно в 2022-2023 г. Пациентов молодого возраста было 130 (59,4%), мужчин 89 (68,5%), женщин 41 (31,5%). Пациентов среднего возраста было 89 (40,6%), мужчин 57 (64,0%), женщин 32 (36%).

У всех пациентов при поступлении собирали подробно анамнез заболевания, определяли показатели общего и анализа крови и мочи, а также основных ферментов поджелудочной железы (амилазы, липазы, диастазы). Биохимический анализ крови включал: исследование уровня общего белка, билирубина и его фракций, активности трансфераз АСТ, АЛТ, концентрации мочевины, глюкозы, креатинина, С-реактивного белка, коагулограмму.

Дополнительные методы включали УЗИ органов гепатопанкреатодуоденальной зоны, фиброгастродуоденоскопия (ФГДС), которые выполняли всем пациентам с ХРП, компьютерная томография (КТ) выполнена у 25 (11,4%) пациентов, магниторезонансная томография (МРТ) у 16 (7,3%), диагностическая лапароскопия – у 5 (2,3%) пациентов.

**Результаты и их обсуждение.** Клинически ХРП у молодых пациентов практически всегда проявлялся интенсивной болью в эпимезогастральной области и в меньшей степени такие боли отмечали пациенты среднего возраста. Иррадиация боли в спину и поясничную область больше слева отмечена нами у 19(8,7%) пациентов молодого возраста и 23(10,5%) среднего возраста, опоясывающий характер боли имел место у 18 (8,2%) пациентов молодого

возраста и у 21 (9,6%) среднего возраста. Рвота, не приносящая облегчения, отмечена у 3(1,4%) пациентов молодого возраста и у 4 (1,8%) среднего возраста. Вздутие живота и диспепсические жалобы имели место у 14 (6,4%) пациентов молодого возраста и у 31(14,1%) среднего возраста. Ожирение имело место у 7 (3,2%) пациентов молодого возраста и у 9 (4,1%) среднего, у которых индекс массы тела (ИМТ) был  $>25$  кг/м<sup>2</sup>. Активность амилазы у молодых пациентов была  $683\pm 21,8$  МЕ/л, а липазы  $476\pm 17,2$  МЕ/л, у пациентов среднего возраста была  $723\pm 19,3$  МЕ/л, а липазы  $515\pm 12,8$  МЕ/л. ЖКБ была у 15 (6,8%) пациентов молодого возраста и у 22 (10%) среднего возраста. Сахарный диабет наблюдался у 11 (5,0%) пациентов молодого возраста и у 12 (5,8%) среднего. В молодом возрасте оперировано – 7 (5,4%) пациентов, в связи с разрывом псевдокисты и развитием перитонита – 2 (28,6%) и 5 (71,4%) – в связи с развитием деструктивного панкреатита и панкреонекроза. Оперативное вмешательство заключалось в абдоминализации поджелудочной железы, секвестрэктомии, дренировании холедоха и брюшной полости. После операции умерло 2 (28,7%) пациента в возрасте 42 и 35 лет в связи с развитием панкреонекроза и перитонита.

Наиболее тяжело хронический рецидивирующий панкреатит протекал у лиц, страдающих алкогольной зависимостью. В среднем возрасте оперированы 5 (5,6%) пациентов, после операции умерли 2 (40%) пациента. Это были: женщина 50 лет и мужчина 45 лет, которые умерли на 22 и 18 день соответственно после начала лечения вследствие панкреонекроза и сепсиса. Уровень амилазы у оперированных пациентов составил  $659\pm 39,1$  МЕ/л, а липазы  $2495\pm 31,1$  МЕ/л. 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  $263\pm 29,3$  мг/л. В биохимическом анализе крови наблюдались: гипопропротеинемия 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.

#### **Выводы.**

1. Риск развития ХРП как у молодых, так и у пациентов среднего возраста 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 чаще у пациентов среднего возраста.

3. На фоне ХРП возможно развитие острого деструктивного панкреатита вне зависимости от возраста, что нельзя трактовать как обострение ХРП.

#### СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

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, 19 нояб. 2021 г. / под ред. Г. Г. Кондратенко, А. И. Протасевича. – Минск, 2021. – С. 181-182. – 1 CD-ROM.

2. Разводовский, Ю. Е. Алкоголь как фактор гендерной разницы уровня общей смертности в Беларуси / Ю. Е. Разводовский, И. И. Климович // Донозоология – 2019. Проблемы диагностики и коррекции состояния здоровья при формировании здорового образа жизни : материалы четырнадцатой Евразийской науч. конф., посвящ. 100-летию СПб ГБУЗ «Городская поликлиника № 14». – Санкт-Петербург, 2019. – С. 328-331.

## МЕТОД ОПРЕДЕЛЕНИЯ ВЕРОЯТНОСТИ РАЗВИТИЯ ПОЛИМОРФНОЙ ЖЕЛУДОЧКОВОЙ ТАХИКАРДИИ У ПАЦИЕНТОВ С СИНДРОМОМ УДЛИНЕННОГО ИНТЕРВАЛА QT

**Колоцей Л. В., Гладкий М. Л.**

Гродненский государственный медицинский университет

**Актуальность.** Исследование выполнено при финансовой поддержке Белорусского республиканского фонда фундаментальных исследований (Договор № М24МП-038).

Удлинение интервала QT считается общепринятым фактором риска и независимым предиктором развития полиморфной желудочковой тахикардии (ЖТ) и внезапной сердечной смерти (ВСС) у пациентов как с наличием структурной патологии сердца, так и при ее отсутствии [1, с. 553; 2]. Результаты разносторонних исследований позволяют предполагать, что в патологический процесс при синдроме удлиненного интервала (СУИ QT) может быть вовлечена система маркеров воспаления, одним из эффектов которой является участие в регуляции желудочковой реполяризации [3, с. 728]. В частности, многие экспериментальные исследования показали, что воспалительные цитокины (фактор некроза опухоли альфа (ФНО- $\alpha$ ), интерлейкин 1-бета (ИЛ-1), интерлейкин 6 (ИЛ-6)) вызывают изменения в функционировании калиевых и