

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ  
УО «ВИТЕБСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ОРДЕНА ДРУЖБЫ НАРОДОВ  
МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»

# ДОСТИЖЕНИЯ ФУНДАМЕНТАЛЬНОЙ, КЛИНИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЫ И ФАРМАЦИИ

Материалы 67-ой научной сессии сотрудников университета

2-3 февраля 2012 года

ВИТЕБСК – 2012

УДК 616+615.1+378  
ББК 5Я431-52.82я431  
Д 70

**Редактор:**

Профессор, доктор медицинских наук В.П. Дейкало

**Заместитель редактора:**

доцент, кандидат медицинских наук С.А. Сушков

**Редакционный совет:**

Профессор В.Я. Бекиш, д.ф.н. Г.Н. Бузук, профессор В.С. Глушанко, профессор С.Н. Занько, профессор В.И. Козловский, профессор Н.Ю. Коневалова, д.п.н. З.С. Кунцевич, профессор Н.Г. Луд, д.м.н. Л.М. Немцов, профессор М.А. Никольский, профессор В.И. Новикова, профессор В.П. Подпалов, профессор М.Г. Сачек, профессор В.М. Семенов, профессор А.Н. Щупакова, доцент Ю.В. Алексеенко, доцент С.А. Кабанова, доцент Л.Е. Криштопов, доцент С.П. Кулик, доцент П.С. Васильков, доцент И.А. Флоряну.

Д 70 Достижения фундаментальной, клинической медицины и фармации.  
Материалы 67-й научной сессии сотрудников университета. – Витебск:  
ВГМУ, 2012. – 521 с.

ISBN 978-985-466-518-4

Представленные в рецензируемом сборнике материалы посвящены проблемам биологии, медицины, фармации, организации здравоохранения, а также вопросам социально-гуманитарных наук, физической культуры и высшей школы. Включены статьи ведущих и молодых ученых ВГМУ и специалистов практического здравоохранения.

УДК 616+615.1+378  
ББК 5Я431+52.82я431

© УО «Витебский государственный  
медицинский университет», 2012

ISBN 978-985-466-518-4

водился ИПТ с ацетилхолином по методу непрерывного нормального дыхания. Растворы ацетилхолина хлорида с двойной концентрацией (0,003-0,8 мг/мл) ингалировались с помощью ультразвукового распылителя (Муссон-1М, Россия) с диаметром частиц основного спектра аэрозоля 1-5 мкм и производительностью 1 мл/мин. Для приготовления ацетилхолинового раствора применяли порошок ацетилхолина хлорида (Acetylcholini chloridi, «Sigma Chemical Company», США), в качестве растворителя использовали изотонический раствор хлорида натрия. Для регистрации результатов тестирования использовали спирографию (спирометр «Spiro 501», Германия). Степень ГРБ определяли путем вычисления показателя наклона кривой (ПНК) по O'Connor [4] Критерием ГЧБ к ацетилхолину являлся показатель  $ПК_{20}$  (концентрация ацетилхолина, при ингаляции которой происходило снижение  $ОФВ_1$  на 20%). Высокой степени ГЧБ соответствовала  $ПК_{20} < 0,05$  мг/мл, средней -  $ПК_{20}$  в пределах 0,06-0,2 мг/мл, низкой -  $ПК_{20}$  в диапазоне 0,3-0,8 мг/мл, норма -  $ПК_{20} > 0,8$  мг/мл. У большинства обследованных пациентов (71%) выявлено наличие неконтролируемого и частично контролируемого течения БА, у 29% пациентов установлено контролируемое течение заболевания.

Контроль БА, диагностируемый по клиническим и функциональным показателям, сопровождается

достоверно более низкой степенью ГЧБ и ГРБ к ацетилхолину, чем при неконтролируемом и частично контролируемом течении.

При частичном контроле БА сохраняется достаточно высокий уровень ГЧБ и ГРБ к ацетилхолину.

#### Литература:

1. Global Initiative for Asthma. Global Strategy for Asthma Management and Prevention [Электронный ресурс] / National Heart, Lung and Blood Institute, 2008. - Режим доступа: <http://www.ginasthma.com>.

2. Лечение бронхиальной астмы и ее обострений: стандартизированные конечные показатели для клинических исследований по астме и клинической практики. Официальный документ АТО/ЕРО. Часть 1// Пульмонология. – 2011. – №1. – С. 19-39.

3. Иванов, А.Ф. Показатели контроля бронхиальной астмы и их взаимосвязь с неспецифической гиперреактивностью бронхов у молодых больных// Пульмонология. – 2007. – №5. С. 19-23.

4. Стандартизация легочных функциональных тестов. Официальный отчет Европейского Респираторного общества// Пульмонология. – 1993.- Приложение. С. 3-152.

5. Соболенко, Т.М. Оценка гиперреактивности бронхов у больных бронхиальной астмой: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Витебск, 2010. – 22 с.

## ФАКТОРЫ РИСКА БИЛИАРНОГО СЛАДЖА У ПАЦИЕНТОВ С КЛИНИЧЕСКОЙ МАНИФЕСТАЦИЕЙ ХРОНИЧЕСКОЙ ГЕПАТОБИЛИАРНОЙ ПАТОЛОГИИ

*Гирса В.Н.*

УО «Витебский государственный ордена Дружбы народов медицинский университет»

**Актуальность.** Термином "билиарный сладж" (БС) в настоящее время обозначают любую неоднородность желчи, выявляемую при эхографическом исследовании. По данным скрининговых обследований частота БС не превышает 1,7–4% среди взрослого населения [1,2]. У лиц, предъявляющих жалобы со стороны органов желудочно-кишечного тракта, БС встречается в 7-10%, а при различной билиарной патологии частота БС достигает 40%. Лишь в небольшой части случаев (13-15%) БС исчезает самостоятельно в течение года, в 35-40 % случаев отмечается персистенция БС, а в 50% - наблюдается отрицательная динамика в виде увеличения объема БС и формирование камней. Течение БС может привести к осложнениям (в 15-75% случаев), таким как желчная колика, панкреатит, стеноз сфинктера Одди, «акалькулезный» холецистит, «отключенный желчный пузырь», холангит [1,2].

**Цель** – уточнить факторы риска билиарного сладжа и оценить их значимость у пациентов с клинической манифестацией хронической гепатобилиарной патологии.

**Материал и методы.** Обследовано 249 пациентов (медиана возраста пациентов - 40,0 лет [28,0-48,0], соотношение мужчин и женщин - 123/126) с наличием хронической боли или дискомфорта в правом верхнем квадранте живота, в том числе с диагнозом: желчнокаменная болезнь (ЖКБ; К 80) – 99 пациентов, хронический некалькулезный холецистит (ХНХ; по МКБ-10 К 81.1) – 47 пациентов, дисфункция желчного пузыря (ДЖП; К 82.8) – 43 пациента, хронический гепатит (ХГ, К 73.9) – 42 пациента, а также 18 пациентов с клиническими проявлениями билиарной диспепсии (БД; К 30), ассоциированными с небилиарной патологией органов пищеварения.

Проводили клиническое обследование пациентов с оценкой наличия субъективных критериев билиарной дисфункции (Рим-III, 2006) [3], УЗИ гепатопанкреатодуоденальной зоны, дуоденальное зондирование. Оценка диагностической эффективности выявления БС проводилась с помощью четырехпольных таблиц, в качестве метода сравнения использовали микроскопию пузырной желчи - об-

**Таблица 1. Факторы, ассоциированные с риском и шансами билиарного сладжа, выявленного по данным эхографии**

Характеристики (значение [ДИ])	Повышение абсолютного риска (ПАР)	Относительный риск (ОР)	Отношение шансов (ОШ)
Стенка желчного пузыря более 3 мм	0,16 * [0,002; 0,32]	1,50 * [1,03-2,20]	1,98 [0,98-3,97]
Маркеры вирусных гепатитов	- 0,31* [-0,43; -0,19]	0,23 * [0,07; 0,72]	0,13* [0,04;0,45]
Маркеры вирусных гепатитов+ОВГ	- 0,28* [-0,40; -0,16]	0,33* [0,17; 0,65]	0,37* [0,16; 0,84]
Патология печени	- 0,29* [-0,41;-0,17]	0,34 * [0,19; 0,61]	0,23* [0,11; 0,47]

**Примечание:** \* -  $p < 0,05$ , ДИ – доверительный интервал, ОВГ – острый вирусный гепатит.

**Таблица 1. Факторы, ассоциированные с риском и шансами билиарного сладжа, выявленного по данным микроскопии пузырной желчи**

Характеристики (значение [ДИ])	Повышение абсолютного риска (ПАР)	Относительный риск (ОР)	Отношение шансов (ОШ)
Спазм сфинктера Одди ( $\geq 8$ минут)	0,29 * [0,03; 0,55]	1,71 [0,93; 3,10]	3,33 * [1,06; 10,38]
Стенка желчного пузыря более 3 мм	0,27 * [0,01; 0,53]	1,44 * [1,05; 1,99]	4,49 [0,50; 40,4]
Скопления слизи в желчи «В»	0,37 * [0,19; 0,55]	1,66 * [1,28; 2,16]	1,63 * [1,19; 2,25]
Изменения эхогенности паренхимы ПЖ	0,33 * [0,13; 0,53]	1,63 * [1,19; 2,25]	5,32 * [1,57-18,17]

**Примечание:** \* -  $p < 0,05$ , ДИ – доверительный интервал, ПЖ – поджелудочная железа

наружение более 2 кристаллов в поле зрения при 100-кратном увеличении или более 4 кристаллов в пробе пузырной желчи [1].

На основании составленных четырехпольных таблиц проведен расчет показателей абсолютной и относительной вероятности (риска), шансов и отношения шансов острых абдоминальных событий [4]. Статистический анализ произведен с помощью программного обеспечения Statistica 6.0.

**Результаты и обсуждение.** В просвете желчного пузыря при эхографии у обследованных пациентов обнаружены билиарный сладж в 32,93% (ДИ95% 27,21-38,92) случаев. Билиарный сладж по данным микроскопии пузырной желчи «В» обнаружен у обследованных пациентов с билиарной патологией в 63,6% (ДИ95% 52,4-74,1) случаев, что значительно чаще ( $\chi^2=9,38$ ;  $p=0,0022$ ), по сравнению с эхографической диагностикой билиарного сладжа у тех же пациентов. В большинстве случаев (61,2%, ДИ 95% 47,0-74,6) билиарный сладж по данным микроскопии представлял смесь кристаллов билирубина кальция и холестерина.

Повышение абсолютного и относительного рисков и шансов присутствия у обследованных пациентов билиарного сладжа статистически значимо ( $p < 0,05$ ) связано преимущественно с билиарными факторами – морфологическими изменениями стенки желчного пузыря и скоплениям слизи в желчи «В», свидетельствующие о воспалении слизистой оболочки желчного пузыря; дисфункцией сфинктера Одди, а также морфологическими изменениями паренхимы поджелудочной железы, определяемыми по изменению ее эхогенности (табл. 1-2).

Со снижением абсолютного и относительного

рисков и шансов присутствия у обследованных пациентов билиарного сладжа статистически значимо ( $p < 0,05$ ) связаны гепатологические факторы – инфекция вирусных гепатитов, определяемая по наличию серологических маркеров изолированно и в сочетании с ранее перенесенными острыми вирусными гепатитами, и в целом патология печени, определяемая по данным клинико-лабораторного и инструментального обследования.

#### **Выводы:**

1. Билиарный сладж по данным эхографии в просвете желчного пузыря обнаружен у 32,93% обследованных пациентов (ДИ95% 27,21-38,92) с клинической манифестацией хронической гепатобилиарной патологии, в большинстве случаев в форме синдрома билиарной дисфункции (74,4% случаев, ДИ95% 64,3-83,3).

2. У пациентов с клинической манифестацией гепатобилиарной патологии повышение шансов и риска билиарного сладжа ассоциируются преимущественно ( $p < 0,05$ ) с панкреатобилиарными факторами - морфологическими изменениями паренхимы поджелудочной железы и стенки желчного пузыря, воспалением слизистой оболочки желчного пузыря, дисфункцией сфинктера Одди. Снижение шансов и риска билиарного сладжа ассоциировано ( $p < 0,05$ ) с патологией печени и перенесенной инфекцией вирусных гепатитов.

#### **Литература:**

1. Ko, C.W. Biliary sludge/ C.W. Ko, J.H. Sekijima, S.P. Lee // Annals of Internal medicine. – 1999. – Vol. 130, №4. – P. 301-311.

2. Ильченко, И.И. Клинические аспекты билиарного сладжа / И.И. Ильченко, О.В. Делюкина // Consilium medicum. – 2007. – Т. 9, №7. – С. 23-32.

3. Реброва, О. Ю. Статистический анализ медицинских данных / О. Ю. Реброва. - Изд.: Медиа Сфера.-

М., 2003.- С. 157-184.

4. Пиманов, С.И. Римский III Консенсус: избранные разделы и комментарии. Пособие для врачей / С.И. Пиманов, Н.Н. Силивончик. – Витебск: Издательство ВГМУ, 2006. – С. 122-150.

## ОСТРЫЕ АБДОМИНАЛЬНЫЕ СОБЫТИЯ У ПАЦИЕНТОВ С КЛИНИЧЕСКОЙ МАНИФЕСТАЦИЕЙ ХРОНИЧЕСКОЙ БИЛИАРНОЙ ПАТОЛОГИИ

*Гурса В.Н., Немцов Л.М.*

УО «Витебский государственный ордена Дружбы народов медицинский университет»

**Актуальность.** По данным скрининговых обследований частота манифестных форм хронической билиарной патологии не превышает 2–5% среди взрослого населения [1]. Течение хронической билиарной патологии может привести к острым панкреатобилиарным осложнениям (в 15-45% случаев), таким как желчная колика, панкреатит, стеноз сфинктера Одди, «акалькулезный» холецистит, «отключенный желчный пузырь», холангит [1, 2].

**Цель** – установить частоту острых клинических панкреатобилиарных событий и ассоциированные с ними факторы у пациентов с клинической манифестацией хронической билиарной патологии.

**Материал и методы.** Обследовано 249 пациентов (медиана возраста пациентов - 40,0 лет [28,0-48,0], соотношение мужчин и женщин - 123/126) с наличием хронической боли или дискомфорта в правом верхнем квадранте живота, в том числе с диагнозом: желчнокаменная болезнь (ЖКБ; К 80) – 99 пациентов, хронический некалькулезный холецистит (ХНХ; по МКБ-10 К 81.1) – 47 пациентов, дисфункция желчного пузыря (ДЖП; К 82.8) – 43 пациента, хронический гепатит (ХГ, К 73.9) – 42 пациента, а также 18 пациентов с клиническими проявлениями билиарной диспепсии (БД; К 30), ассоциированными с небилиарной патологией органов пищеварения.

По данным расспроса и представленной медицинской документации учитывали за 12 месяцев острые манифестные формы билиарной патологии (острый холецистит, обострение хронического холецистита, транзиторная механическая желтуха), острые формы патологии поджелудочной железы (острый и обострение хронического панкреатита) и приступы острой боли билиарного типа в верхнем правом квадранте передней брюшной стенки.

На основании составленных четырехпольных таблиц проведен расчет показателей абсолютной и относительной вероятности (риска), шансов и отношения шансов острых абдоминальных событий [3]. Статистический анализ произведен с помощью программного обеспечения Statistica 6.0.

**Результаты и обсуждение.** В целом острые абдоминальные события за 12 месяцев произошли у 36,9%

(ДИ95% 30,6-43,5) всех обследованных пациентов (таблица 1). По сравнению с другими группами пациентов острые абдоминальные события статистически значимо чаще ( $p \leq 0,0013$ ) имели место у пациентов с желчнокаменной болезнью (57,8%, ДИ95% 46,9-68,3), в том числе и у пациентов с билиарным сладжем (50,7%, ДИ95% 38,7-62,8). Установлена выраженная статистически значимая ( $\chi^2=38,1$ ;  $p=0,0009$ ) связь характера основной билиарной патологии и острых абдоминальных событий.

У пациентов с клинической манифестацией в форме синдрома билиарной дисфункции (на основании субъективных критериев Римского III консенсуса, 2006) острые абдоминальные события за 12 месяцев (42,9%, ДИ95% 34,9-51,0) отмечены статистически значимо ( $p \leq 0,01$ ) чаще по сравнению с пациентами с клинической манифестацией в форме синдрома билиарной диспепсии (23,9%, ДИ95% 14,4-35,0).

По данным ранговой корреляции Спирмена, острые абдоминальные события у пациентов с клинической манифестацией билиарной патологии статистически значимо ( $0,29 \leq r_s \leq 0,56$ ;  $p < 0,05$ ) ассоциировались с состоянием трофологического статуса, определяемого по индексу массы тела, возрастом пациента и морфологическими и функциональными характеристиками билиарной системы, прежде всего параметрами оценки содержимого желчного пузыря, а также эхографическими характеристиками морфологического состояния поджелудочной железы.

Абсолютный риск острых абдоминальных событий у пациентов с синдромом билиарной дисфункции был статистически значимо выше, по сравнению с абсолютным риском при нарушении коллоидной стабильности содержимого желчного пузыря, определяемой эхографически по наличию конкрементов и билиарного сладжа (таблица 2). Наличие конкрементов в просвете желчного пузыря в 13,5 раза повышает вероятность (риск) и в 18,0 раз повышает шансы возникновения острых абдоминальных событий. В то же время наличие синдрома билиарной дисфункции и билиарного сладжа ассоциировано со значительно меньшим повышением риска (соответственно ОР - 1,29 и 1,79) и повышением шансов (соответственно