

Heterozygous carriers of the mutation of splicing site IVS1+1G>A gene GJB2 (Cx26) is a risk factor for age-related changes in hearing (presbycusis) in the population of Yakutia / F.M. Teryutin [et al.] // *Medical genetics*. – 2013. – №6. – P. 24-36.

7. Молекулярно-генетические методы изучения наследственных болезней на примере аутосомно-рецессивной глухоты 1 А типа: учебное пособие / Н.А. Барашков [и др.]. – Якутск: Издательский дом СВФУ, 2017. – 86 с.

Molecular genetic methods for studying hereditary diseases on the example of autosomal recessive deafness type 1 A: textbook / N.A. Barashkov [et al.] // *Yakutsk: SVFU Publishing house*. – 2017. – 86 p.

8. Разработка алгоритма молекулярно-генетической диагностики аутосомно-рецессивной глухоты 1А типа в Республике Саха (Якутия) / В.Г. Пшенникова [и др.] // Сб.тр.VIII Всеросс. науч.-пр. конф. с междунар. уч. «Молекулярная диагностика 2014». – Т.2. – С.212-213.

Development of an algorithm for molecular genetic diagnosis of autosomal recessive deafness type 1A in the Republic Sakha (Yakutia) / V.G. Pshennikova [et al.] // *Collected articles VIII Russian scie.-conf. of new information technologies «Molecular diagnostics 2014»*. – V. 2. – P. 212-213.

9. Распространенность и молекулярно-ге-

нетическое типирование несиндромальной нейросенсорной тугоухости в Республике Чувашия / Р.А. Зинченко [и др.] // *Генетика человека*. – 2005. – Т.39, №9. – С.1275-1284.

Prevalence and molecular-genetic typing of non-syndromal sensorineural hearing loss in the Chuvash Republic / R.A. Zinchenko [et al.] // *Human Genetics*. – 2005. – Vol.39, №9. – P.1275-1284.

10. Соловьёва Т.А. Обучение детей с нарушением слуха в массовой школе / Т.А. Соловьёва // *Дефектология*. – 2005. – №5. – С.44-48.

Solovieva T.A. Training of children with hearing impairment in a general education school / T.A. Solovieva // *Defectology*. – 2005. – №5. – P.44-48.

11. Федотова Э.Е. Эпидемиология нарушений слуха у детей Республики Саха (Якутия) / Э.Е. Федотова: автореф. дисс... к.м.н. – Новосибирск, 2005. – С.20.

Fedotova E.E. Epidemiology of hearing impairment in children of the Republic of Sakha (Yakutia) / E.E. Fedotova: avtoref. diss... cand. of med. scie. – Novosibirsk, 2005. – 20 p.

12. Autosomal recessive deafness 1A (DFNB1A) in Yakut population isolate in Eastern Siberia: extensive accumulation of the splice site mutation IVS1+1G>A in GJB2 as a result of founder effect / N.A. Barashkov [et al.] // *Journal of Human Genetics*. – 2011. – V.56(8). – P.631-39.

13. Connexin 26 mutations in hereditary non-syndromic sensorineural deafness / D.P. Kelsell [et

al.] // *Nature*. – 1997. – Vol.387. – N6628. – P.80-83.

14. Morton C. Newborn Hearing Screening – A Silent Revolution / C. Morton, E. Walter, M.D. Nance // *The New England Journal of Medicine*. – 2006. – N354. – P.2151-64.

15. Mental distress and quality of life in a deaf population / J. Fellinger [et al.] // *Soc Psychiatr Psychiatr Epidemiol*. – 2005. – N 40. – P.737-42.

16. Mental distress and quality of life in the hard of hearing / J. Fellinger [et al.] // *Acta Psychiatr Scand*. – 2007. – Vol.115. – P.243-45.

17. Opinions of hearing parents about the causes of hearing impairment of their children with biallelic GJB2 mutations / A.V. Solovyev [et al.] // *J. Community Genet*. – 2017. – Vol. 8(3). – P.167-171.

18. Stebnicki J.A. The culture of the deaf / J.A. Stebnicki, H.V. Coeling // *J Transcult Nurs*. – 1999. – Vol. 10(4). – P.350-7.

19. The approach to the deaf or hard-of-hearing paediatric patient / A. S. Smeijers [et al.] // *Eur J Pediatr*. – 2011. – N 170. – P.1359-63.

20. van Eldik T Mental health problems of Dutch youth with hearing loss as shown on the Youth Self Report / T. van Eldik // *Am Ann Deaf*. – 2005. – Vol.150(1). – P.11-16

21. Ubido J. Inequalities in access to health-care faced by women who are deaf / J. Ubido, J. Huntington, D. Warburton // *Health Soc Care Community*. – 2002. – Vol.10(4). – P.247-53.

Т.М. Тяптиргянова, А.В. Тобохов, А.Д. Макаров, З.А. Яковлева ЖЕЛЧНОКАМЕННАЯ БОЛЕЗНЬ КАК ПРИЧИНА ОСТРОГО БИЛИАРНОГО ПАНКРЕАТИТА

DOI 10.25789/УМЖ.2018.62.24

УДКБ1Б.37-002.1:Б1Б.3Б-008.8-07-089

Исучен удельный вес билиарного панкреатита в структуре больных с желчнокаменной болезнью (ЖКБ). По результатам проведенных исследований доказана причина возникновения билиарного панкреатита – ЖКБ и его диагностические признаки в виде быстро нарастающей гипербилирубинемии и повышения уровня АЛТ со стажем более 20 лет.

Ключевые слова: желчнокаменная болезнь, билиарный панкреатит, лапароскопическая холецистэктомия, октреотид.

We studied the specific weight of biliary pancreatitis in the structure of patients with cholelithiasis. Based on the results of the studies, the cause of the occurrence of biliary pancreatitis – cholelithiasis and its diagnostic signs in the form of rapidly increasing hyperbilirubinemia and an increase in the level of ALT with a history for more than 20 years is proved.

Keywords: cholelithiasis, biliary pancreatitis, laparoscopic cholecystectomy, octreotide.

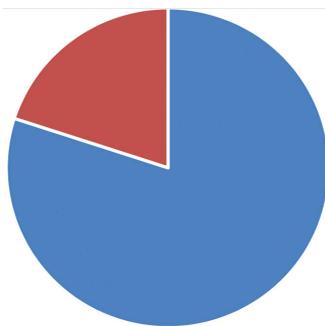
Введение. Во всем мире за последние 30 лет наблюдается увеличение заболеваемости острым и хроническим панкреатитом (ХП) более чем в 2 раза. В России отмечен более интенсивный рост заболеваемости ХП. Так, распространенность заболеваний поджелудочной железы (ПЖ) среди взрослых за последние 10 лет увеличилась в 3 раза, а среди подростков – более чем в 4 раза [4]. Билиарная патология – наиболее частая причина

развития острого и обострения хронического панкреатита. Одной из причин формирования билиарного (билиарнозависимого) панкреатита (БП) является желчнокаменная болезнь (ЖКБ). Частота выявления панкреатита у больных ЖКБ, по разным оценкам, составляет 25-90% и более [1,3]. Ежегодно в мире выполняют более 1 млн. оперативных вмешательств по поводу ЖКБ, а холецистэктомия является самой частой абдоминальной операцией в общехирургической практике. По данным различных авторов, частота возникновения билиарного панкреатита после операций на органах брюшной полости достигает 20-25%, а после вмешательств на желчных путях – 30-55% [2, 5]. По отчетным данным Республиканской больницы №2-Цен-

тра экстренной медицинской помощи г. Якутска, желчнокаменная болезнь за 2014 г. составила 5,8% (118 больных) из всех хирургических патологий. Проблема профилактики послеоперационного панкреатита остается весьма актуальной [6].

Материал и методы исследования. Анализу подвергнуты истории болезней 20 пациентов, поступивших в хирургическое отделение РБ №2-ЦЭМП г. Якутска в зимний период с ноября по декабрь 2014 г. по поводу острого калькулезного холецистита, в некоторых случаях осложнившегося билиарным панкреатитом. В возрасте до 35 лет было 4 (25%) больных, до 50 лет – 8 (37,5%), старше 50 лет – 6 (37,5%) больных. Средний возраст пациентов составил 45,5 лет.

МИ СВФУ им. М.К. Аммосова: ТЯПТИРГЯНОВА Татьяна Матвеевна – д.м.н., проф., tmt50@mail.ru, ТОБОХОВ Александр Васильевич – д.м.н., проф., зав.кафедрой, avtobohov@mail.ru, МАКАРОВ Альберт Дмитриевич – доцент, makarov_albert@mail.ru, ЯКОВЛЕВА Зоя Афанасьевна – аспирант, врач эндоскопист РБ №2-ЦЭМП.



■ Коренные ■ Некоренные

Рис.1. Состав больных с ЖКБ

Удельный вес больных с желчно-каменной болезнью: коренных – 16 (80%), некоренных – 4 (20%) (рис.1).

Длительность заболевания ЖКБ: от 1 года до 20 лет у 3 чел. (60%), 20-40 лет – 17 (40%).

Результаты и обсуждение. Количество пациентов с билиарным панкреатитом среди 20 больных с ЖКБ составляет 7 (35%) чел., из них 4 (20%) женщины, 3 (15%) мужчин, при этом коренные составляют 5 чел. (71,4%), некоренные – 2 (28,6%). Последнее обострение наблюдалось у них 2-3 дня назад. При поступлении: употребление избыточно жирной пищи присутствует у всех больных (100% случаев). Клиническая картина: боль в области эпигастрия проявилась в 80% случаев, в области эпигастрия и правого подреберья – в 20%. Диспептические явления были в виде: рвоты – у 20% больных, тошноты – у 60%, без явлений диспепсии – 20%. Диагностическим признаком панкреатита билиарного генеза является быстро нарастающая гипербилирубинемия с повышением уровня АЛТ (рис.2).

Лабораторные данные исследуемой группы при поступлении: холестеринемия в пределах 6,8 мм/л была у 20% больных, повышение уровня общего билирубина (от 31 до 293 мкмоль/л) – у 40%, глюкозы – до 8,3 у 100%, АСТ – до 392 у 40%, АЛТ – до 418 у 80%, амилазы – до 3626 у 20% больных. Повышение биохимических показателей характерно для больных со стажем ЖКБ более 20 лет. Определен уровень амилазы от 569 до 3626 ед/л, в 4-28 раз выше нормы (15-30 ед/л), в биохимическом анализе крови у 7 (35%) больных (рис.3).

Повышение активности АЛТ от 34 до 167 ЕД/л наблюдалось у 2 пациентов (28,5%). Увеличение показателей АЛТ в 6 раз (до 418 ЕД/л) наблюдалось у 5 больных (71%), стаж болезни

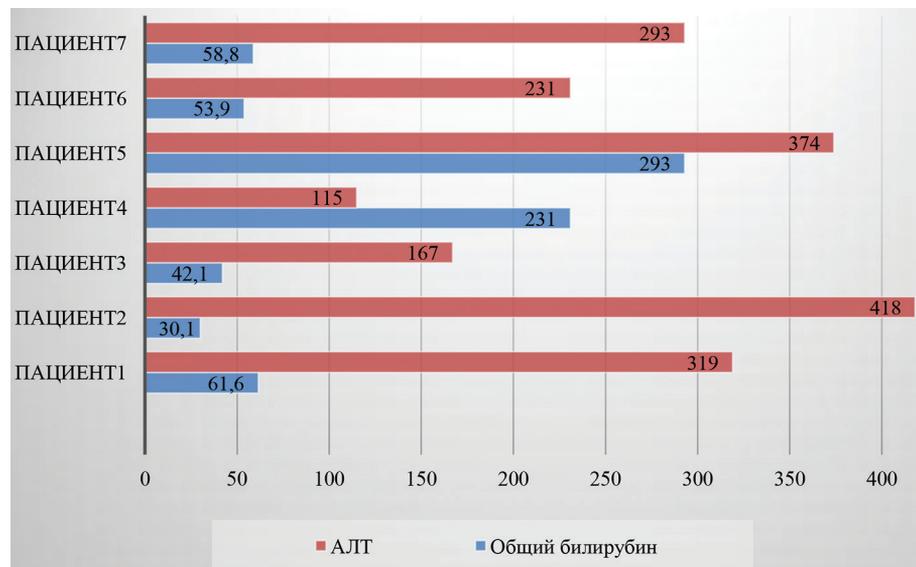


Рис.2. Показатели общего билирубина и АЛТ у больных с билиарным панкреатитом

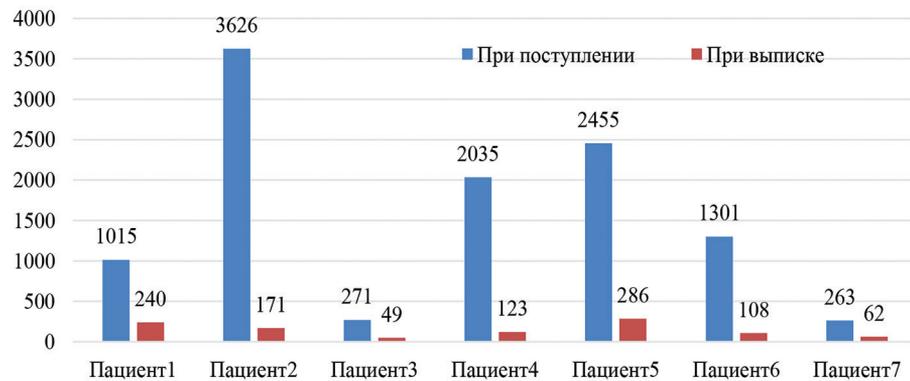


Рис.3. Уровень амилазы крови у обследованных

ЖКБ более 20 лет. Превышение нормы общего билирубина (21 мкмоль/л) до 58,8 мкмоль/л присутствовало у 5 больных (71%), от 231 до 293 мкмоль/л (т.е. в 14 раз) у 2 (28,5%) пациентов, стаж болезни ЖКБ более 20 лет.

На УЗИ органов брюшной полости (ОБП) выявлено наличие множественных конкрементов в 60% случаев, умеренная гепатомегалия – в 20%, в дальнейшем при УЗИ определялись признаки отека ПЖ: неоднородность ее структуры, неровность контуров (в 80% случаев).

Проведена фиброзофагогастродуоденоскопия у всех 7 пациентов и выявлены гастриты (рис.4): поверхностный – у 4 (57,1%) пациентов, эрозивный – 2 (28,6%), атрофический – 1 (14,3%).

Эндоскопические признаки поверхностного гастрита: выражен блеск слизистой (много слизи). Слизистая умеренно отечна, гиперемирована от умеренно-красного до виш-

нёвого цвета. Гиперемия может быть сливной и очаговой.

Больным с ЖКБ, осложненной билиарным панкреатитом, проведена лапароскопическая холецистэктомия. Для подавления иммунного воспаления назначают гормональную терапию. Одним из действенных препаратов этой категории является октреотид. Его действие заключается в снятии воспаления, уменьшении ферментативной активности, а также в сниженной секреции желудка и поджелудочной железы. После применения уже на 3-и сут наблюдается значительное снижение активности амилазы крови.

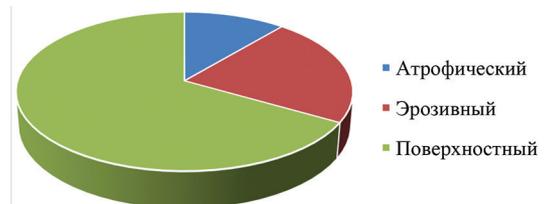


Рис.4. Соотношение пациентов с различными видами гастрита

Эффективность применения препарата отражена на рис.3.

Приводим клинический случай. Больной С., 32 года. Национальность: саха.

Клинический диагноз: Острый билиарный панкреатит. Отечная форма. ЖКБ. Хронический калькулезный холецистит. Стеноз терминального отдела холедоха. Миграция конкрементов.

Осложнение: Механическая желтуха. Состояние после ЭРХПГ. ЭПСТ. Ревизия корзиной Дормиа.

Клиника. Жалобы на распирающие боли в эпигастрии с иррадиацией в правое подреберье, выраженную общую слабость, сухость во рту, тошноту, рвоту, снижение массы тела на 8 кг.

Анамнез заболевания. Болен с декабря 2015 г. Когда появилась боль в эпигастрии жгучего характера, принимал желудочные таблетки, через несколько дней боль прошла. В январе 2016 г. перенес ротавирусную инфекцию (болели семьей) с повышением температуры тела до 40°C, боли в эпигастрии беспокоили 2 дня, затем сохранялась слабость, соблюдал диету, голодал. Повторное ухудшение после приема острой пищи в небольшом количестве было 07.03.16, вновь появились боли в эпигастрии, которые затем приняли растягивающий характер с иррадиацией в оба подреберья. Соблюдал диету, боли утихли. Ухудшение состояния отмечается с 20-х чисел марта. 29.03.16 утром поел бутерброд с маслом, вареной колбасой. Во второй половине дня усилилась боль в эпигастрии, правом подреберье, ночью 2 раза была рвота. Обратился в приемное отделение, после проведения УЗИ ОБП, взятия анализов госпитализирован в ОНТ по жалобам состояния.

Данные обследований: 30.03.16

ОАК: лейкоцитоз ($11,7 \cdot 10^9/L$), лимфопения (8%), ускорение СОЭ (18 мм/ч).

30.03.16 Биохимический анализ крови: гиперпротеинемия (92,59 г/л), гипербилирубинемия (общий – 86,39 мкмоль/л, прямой – 73,78 мкмоль/л), гиперамилаземия (4746,6 Ед/л), повышение АЛТ (319 Ед/л) и АСТ (271 Ед/л).

30.03.16 ОАМ: гиперстенурия (1030), протеинурия (1 г/л), лейкоцитурия=1-2-2. Назначена инфузионная терапия, октреотид. Предоперационная подготовка включала: введение раствора Рингера 500 мл 1 рвд в/в капельно; церукал 2 мл 3 рвд в/м; но-шпы 2 мл 3 рвд в/м; смеси MgSO₄ 25% 5 мл, инсулина актрапида НМ 12 МЕ, глюкозы 10% 500 мл, КС14% 30 мл); апротекса 10 мл 3 рвс в/в капельно; цефотаксима 1 г 2 рвс в/м – 16 (100%); октреотида – 0,01% 1 мл 3 рвс в/в. Больной прооперирован. Послеоперационное течение без осложнений. Выписан с улучшением на 17-е сут.

Выводы

1. Желчнокаменная болезнь наиболее часто встречается у коренных жителей г. Якутска, они составили 80% пациентов.

2. Больные с острым билиарным панкреатитом составили 35% (7 пациентов) в числе всех неотложно госпитализированных по поводу желчнокаменной болезни (20 больных) за короткий зимний период времени (ноябрь–декабрь). Из них женщин больше – 4 (20%), чем мужчин – 3 (15%).

3. Наблюдается высокий показатель общего билирубина и АЛТ у 71% больных с билиарным панкреатитом с длительным стажем ЖКБ (более 20 лет).

4. Октреотид оказывает выраженный эффект у больных с билиарным

панкреатитом, снижая уровень активности амилазы.

Литература

1. Вахрушев Я.М. Лечение билиарнозависимого панкреатита после холецистэктомии у больных желчнокаменной болезнью / Я.М. Вахрушев, Н.С. Кропачева // Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. – 2010. – №8 – С. 42.

Vahrushev Ya.M. Treatment of biliary pancreatitis after cholecystectomy in patients with cholelithiasis / Ya.M. Vahrushev, N.S. Kropacheva / Experimental and clinical gastroenterology. – 2010. – №8. – P. 42.

2. Затевахин И.И. Абдоминальная хирургия. Национальное руководство: краткое издание / И.И.Затевахин, А.И. Кириенко, В.А. Кубышкина. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. – 912 с. : ил.

Zatevahin I.I. Abdominal surgery. National guidelines: brief edition / I.I. Zatevahin, A.I. Kirienko, V.A. Kubishkina. – М.: GEOTAR Media, 2016. – 912 p.

3. Ильченко А.А. Болезни желчного пузыря и желчных путей: руководство для врачей. 2-е изд., перераб. и доп. / А.А. Ильченко – М.: ООО «Издательство «Медицинское информационное агентство», 2011. – 880 с.

I'chenko A.A. Diseases of the gallbladder and biliary tract: a guide for doctors / A.A. I'chenko. – М.: ООО «Publisher «Medical information Agency», 2011. – 880 p.

4. Маев И.В. Болезни поджелудочной железы / И.В. Маев, Ю.А. Кучерявый. – М.: Медицина, 2008. – 558 с.

Maev I. V. Diseases of the pancreas / I.V. Maev. – М.: Medicine, 2008. – 558 p.

5. Савельев В.С. Хирургические болезни: учебник / В.С. Савельев, А.И. Кириенко. – 2-е изд., перераб. и доп. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. – Т. 1. – 720 с.

Savel'ev V. S. Surgical diseases: textbook / V.S. Savel'ev, A.I. Kirienko. – 2nd ed. – М.: GEOTAR-Media, 2014. – Vol.1. – 720 p.

6. Тяпतिргянова Т.М. Билиарная гипертензия и холелитиаз / Т.М. Тяпतिргянова, А.Д. Макаров, Р.Е. Дегтярева // Гепатология сегодня: сб. мат. 20-го Росс. конгр. – М., 2017. – С.142.

Tjaptirgjanova T.M. Biliary hypertension and cholelithiasis / T.M. Tjaptirgjanova, A.D. Makarov, P.E. Djagtereva // Hepatology today: the collection of materials of the XX Russian congress. – М., 2017. – P. 142.