

одного больного сформировался желчный свищ, который через месяц закрылся самостоятельно, у двух больных развился острый панкреатит, который при консервативном лечении был купирован. У одного больного в послеоперационном периоде развился желчный перитонит. Больному проведена релапаротомия, санация и дренирование брюшной полости, устранен источник желчеистечения – ушивание ложа желчного пузыря. Больной выписан с выздоровлением.

Таким образом, лапароскопическая холецистэктомия на современном этапе является «операцией выбора» у больных с желчно-каменной болезнью. Мы видим перспективы снижения послеоперационных осложнений в более тщательном предоперационном обследовании больных, особенно пожилого возраста, с длительным анамнезом, тяжелыми сопутствующими заболеваниями и осложнениями желчнокаменной болезни, в проведении превентивной антибиотикотерапии, а также в постоянном динамическом контроле за состоянием пациентов после операции.

## **ГЕМОДИНАМИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА ПРИ ОСТРОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТЬЮ У БОЛЬНЫХ ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ**

Ураков Ш.Т., Махманазаров О.М.

Бухарский государственный медицинский институт, Республика Узбекистан, г. Бухара

**Актуальность.** При подготовке к операциям и в послеоперационном периоде при острой кишечной непроходимости (ОКН) у больных с циррозом печени (ЦП), важное значение имеет изучение изменений системной гемодинамики: сердечного выброса (СВ), объема циркулирующей крови, артериального давления (АД) и общего периферического сосудистого сопротивления (ОПСС). Одним из факторов, способствующих развитию гипердинамического кровообращения при ЦП, является синдром избыточного бактериального роста (СИБР) в тонкой кишке.

**Цель исследования.** Оценить роль синдрома избыточного бактериального роста (СИБР) в тонкой кишке в развитии гемодинамических сдвигов при ОКН у больных циррозом печени.

**Материал и методы.** В исследование были включены 52 больных ОКН с циррозом печени и 16 клинически здоровых лиц, составивших контрольную группу. У всех обследованных проведены диагностика СИБР с использованием водородного дыхательного теста с лактулозой, определение уровня С-реактивного белка (СРБ) в плазме крови и эхокардиографическое исследование с одновременным определением артериального давления (АД) и частоты сердечных сокращений, рассчитаны основные гемодинамические показатели: среднее АД, сердечный выброс (СВ), общее периферическое сосудистое сопротивление (ОПСС).

**Результаты.** Включенные в исследование больные ОКН и ЦП и клинически здоровые лица были сравнимы по возрасту ( $48,9 \pm 12,9$  года vs  $46,7 \pm 7,7$  года;  $p = 0,541$ ), индексу массы тела — ИМТ ( $25,0 \pm 3,4$  кг/м<sup>2</sup> vs  $26,2 \pm 4,5$  кг/м<sup>2</sup>;  $p = 0,278$ ) и полу (мужчины/женщины: 24/26 vs 6/9;  $p = 0,789$ ). ЦП был компенсированным (класс А по Child-Pugh) у 20 человек, декомпенсированным у 32 человека, в том числе класса В у 20, класса С у 13 человек. СИБР выявлен у 26 (50%) больных ЦП, которые составили группу ЦП-СИБР(+), а больные ЦП без СИБР вошли в группу ЦП-СИБР(-). Группы ЦП-СИБР(+) и ЦП-СИБР(-) также были сравнимы по возрасту ( $49,1 \pm 12,9$  года vs  $48,7 \pm 13,3$  года;  $p = 0,904$ ), ИМТ ( $25,2 \pm 4,2$  кг/м<sup>2</sup> vs  $24,7 \pm 3,2$  кг/м<sup>2</sup>;  $p = 0,636$ ), полу (мужчины/женщины: 13/13 vs 11/13;  $p = 0,785$ ) и тяжести течения ЦП (баллы по Child-Pugh:  $8,31 \pm 2,40$  vs  $7,83 \pm 2,14$ ;  $p = 0,465$ ). СИБР был выявлен у 45% (9 из 20) больных компенсированным ЦП и 46,9% (15 из 32) больных декомпенсированным ЦП.

ФВ была значимо ниже у больных ЦП независимо от наличия СИБР, который не оказывал на нее значимого влияния. Это свидетельствует в пользу того, что при ЦП наблюдается незначительное снижение систолической функции ЛЖ, но оно не связано с наличием СИБР.

У больных ОКН с циррозом печени с СИБР, по сравнению с больными ОКН с циррозом печени без СИБР, были ниже среднее АД ( $82,7 \pm 9,0$  мм рт. ст. vs  $92,0 \pm 14,0$  мм рт. ст.) и ОПСС ( $16,4 \pm 4,4$  мм рт. ст. × мин/л vs  $21,3 \pm 5,3$  мм рт. ст. мин/л), а также выше СВ ( $5,38 \pm 1,41$  л/мин vs  $4,52 \pm 1,03$  л/мин) и концентрация СРБ в плазме крови ( $1,2 + 10,5 + 16,5$  мг/л vs  $0,6 + 2,8 + 9,1$  мг/л). СИБР приводил к подобным изменениям только у больных ОКН декомпенсированным ЦП. При этом значимые гемодинамические нарушения практически не выявляли у больных ОКН декомпенсированным ЦП без СИБР и ОКН компенсированным ЦП независимо от наличия СИБР. У больных ОКН с циррозом печени выявлена значимая корреляция концентрации СРБ в плазме крови с ОПСС ( $r = -0,367$ ;  $p = 0,009$ ) и СВ ( $r = 0,313$ ;  $p = 0,027$ ), но не со средним АД ( $r = -0,227$ ;  $p = 0,113$ ).

### **Выводы.**

СИБР при ЦП играет важную роль в развитии вазодилатации, артериальной гипотензии и гипердинамического кровообращения. Гипердинамическое кровообращение, артериальная гипотензия и артериальная вазодилатация развиваются практически только у больных декомпенсированным ЦП с СИБР.

Системное воспаление развилось в основном у больных ОКН декомпенсированным ЦП с СИБР, которая приводит к увеличению интенсивности системного воспаления независимо от степени компенсации ЦП. Поскольку эти гемодинамические нарушения усугубляют течение портальной гипертензии, терапия, проводимая с целью устранения СИБР, может уменьшить ее выраженности, что имеет важное значение в периоперационной подготовке при ОКН у больных ЦП.