

**ПОСЛЕОПЕРАЦИОННАЯ ОЦЕНКА ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ПЕЧЕНИ
У БОЛЬНЫХ, ПРООПЕРИРОВАННЫХ ПО ПОВОДУ
МОЧЕКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ В СОЧЕТАНИИ С ХРОНИЧЕСКИМИ ЗАПОРАМИ
С ПРОЯВЛЕНИЯМИ ПАРЕЗА КИШЕЧНИКА**

Ж.С. Мамбетов, А.Ш. Калмырзаев

Республиканский научный центр урологии при Национальном госпитале Министерства здравоохранения Кыргызской Республики.
г. Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме: Проанализирована сравнительная динамика функционального состояния печени у 120 послеоперационных больных оперированных по поводу мочекаменной болезни, проявляющейся хроническим запором и без него.

Ключевые слова: Мочекаменная болезнь, хронический запор, парез кишечника, функциональное состояние печени.

**ЗААРА ТАШТАР ООРУСУ ЖАНА ӨНӨКӨТ ИЧ КАТУУ МЕНЕН ООРУГАН
БЕЙТАПТАРДЫН, ЗААРА ТАШТАР ООРУСУНА БАЙЛАНЫШТУУ ОПЕРАЦИЯДАН
КИЙИНКИ УЧУРДА ИЧЕГИ ПАРЕЗИ БОЛГОН БЕЙТАПТАРДЫН БООРУНУН
ФУНКЦИОНАЛДЫК АБАЛЫН БААЛОО**

Ж.С. Мамбетов, А.Ш. Калмырзаев

Кыргыз Республикасынын Саламаттык сактоо министрлигине караштуу Улуттук госпиталдын
Республикалык урология илимий борбору,
Бишкек ш., Кыргыз Республикасы

Корутунду: Заара таштар оорусу жана өнөкөт ич катуу менен ооруган бейтаптардын операциядан кийинки учурдагы боорунун функционалдык абалынын динамикасына салыштырмалуу талдоо жүргүзүү.

Негизги сөздөр: Заара таштар оорусу, өнөкөт ич катуу, ичеги парези, боор функциясы.

**POSTOPERATIVE ASSESSMENT OF THE FUNCTIONAL STATE OF THE LIVER
WITH MANIFESTATIONS OF INTESTINAL PARESIS IN PATIENTS OPERATED
ON FOR UROLITHIASIS IN COMBINATION WITH CHRONIC CONSTIPATION**

J.S. Mambetov, A.Sh. Kalmyrzaev

Republican scientific center of urology at National hospital of Ministry of health of the Kyrgyz Republic,
Bishkek, the Kyrgyz Republic

Summary: there was analyzed the comparative dynamic of the functional condition of a liver at patients in the postoperative period in urolithiasis combined with chronic constipation and without it.

Keywords: Urolithiasis, chronic constipation, intestinal paresis, functions of the liver.

Введение

Хроническое нарушение моторики толстого кишечника, клинически проявляющийся различной степенью выраженности запора, в настоящее время считается одним из распространенных видов патологий желудочно-кишечного тракта, и, к сожалению, сами пациенты не придают особого значения данному факту. Во многих случаях принимая слабительные препараты и другие методы терапии для достижения физиологического отправления [2,3]. Следует заметить, что в клиническом течении вторичных калькулезных пиелонефритов нередко у пациентов встречается сопутствующий хронический запор, который может отрицательно влиять на течение фоновой па-

тологии, и могут иметь место особого патофизиологического статуса, при оперативном лечении по поводу мочекаменной болезни [1,4,5].

В данном контексте, бесспорно, возникают нерешенные проблемы. Во-первых; в клинической практике урологи при лечении вторичного хронического пиелонефрита часто сталкиваются с хроническим запором, и наоборот, хирургическая гастроэнтерология сталкивается с сопутствующим пиелонефритом, и естественно возникают вопросы касательно этапности ведения этих больных для получения желаемого результата. Во-вторых, при непосредственном послеоперационном периоде нередко проявляются так называемые парезы толстого кишечника, связанные с нарушением его моторики, которая усугубляет

послеоперационное течение. Следовательно, нерешенные вопросы стали основанием для выполнения работы.

Цель работы: Провести сравнительную оценку печеночной функции у оперированных пациентов по поводу мочекаменной болезни, у которых имел место парез кишечника и его отсутствие.

Материал и методы исследования

Для сравнительного анализа нами были обследованы 120 пациентов оперированные по поводу МКБ, которые были разделены на следующие группы: Первая – 60 оперированных больных с МКБ проявляющейся кишечным парезом (основная группа) и 60 больных оперированные по поводу МКБ без наличия запора.

Мужчины – 52 (43,3%) и женщины – 68 (56,7%) чел. средний возраст составил – 36,2±1,6 лет.

Мониторинг оценки функционального состояния печени был оценен на 2 и 5 сутки послеоперационного периода и при этом были оценены и определены: белковообразовательная, пигментообразовательная, липидная, ферментативная, протромбообразовательная функции печени.

Биохимическое тестирование этих пациентов проводилось до операции и при непосредственном периоде кишечного пареза на 2 и 5 сутки после его разрешения.

Результаты и их обсуждение

Функциональная полноценность печени в исходных (до операции) находилась на уровне нормальных величин, и другая динамика имела место быть в зависимости от наличия толстокишечного пареза (табл. 1).

Таблица 1

Динамика функционального состояния печени у больных с МКБ

Параметры	Сроки и динамика				
	Исходные показатели	2 сутки		5 сутки	
		без запора	с запором	без запора	с запором
Общий билирубин, ммоль/л прямой непрямой	9,9±0,44	16,3±0,33	23,6±0,3*	12,4±0,72	19,4±0,22
Тимоловая проба, Ед	3,3±0,2	4,2±0,53	5,4±0,14	3,5±0,16	4,8±0,53
АЛТ, мкат/л	0,37±0,7	0,46±0,7	0,63±0,85*	0,41±0,43	0,54±0,74
АСТ, мкат/л	0,34±0,7	0,47±0,34	0,58±0,3*	0,56±0,16	0,52±0,68
Общий белок, г/л	76,7±1,6	72,4±0,9	63,8±1,2	67,2±0,72	71,4±0,28
Альбумин, г/л	56,4±0,7	49,8±0,27	52,1±0,64	51,7±0,44	55,3±0,42
Глобулины, %	43,31±0,26	51,2±0,26	48,4±0,24	50,7±0,46	46,7±0,57
α ₁	7,9±0,4	6,4±0,34	13,4±0,75	5,6±0,28	5,3±0,72
α ₂	7,9±0,4	9,9±0,63	13,4±0,75*	8,7±0,52	10,7±0,19
β	11,2±0,5	14,6±0,47	19,3±0,18*	12,8±0,63	13,8±0,26
γ	18,3±0,71	28,3±0,72	26,7±0,61	21,4±0,81	19,7±0,32
Холестерин, ммоль/л	4,4±0,17	5,2±0,46	4,8±0,19	4,9±0,53	4,6±0,87
Протромбиновый индекс, %	88,7±1,33	94±0,3	102,4±0,8*	89,2±0,28	92,7±0,47
Сахар в крови, ммоль/л	4,8±0,7	5,9±0,5	5,2±0,4	5,5±0,6	4,9±0,7

Примечание: * - p<0,05:

Отмечены ухудшения показателей биохимических анализов печени в крови в послеоперационном периоде при возникновении толстокишечного пареза: отмечен существенный рост показателей общего билирубина из исходного до операции с 9,9±0,44 до 23,6±0,3 (p<0,05), повышение

ферментативной активности печени в показателях АЛТ с 0,37±0,7 до 0,63±0,85 мкат/л (p<0,05) и АСТ с 0,34±0,7 до 0,58±0,3 (p<0,05).

На фоне снижения содержания в крови общего белка с 76,7±1,6 до 63,8±1,2 г/л был отмечен рост содержания глобулина и их фракций: особенно α₂ с 7,9±0,4 до 13,4±0,75; β с 11,2±0,5 до 19,3±0,18 и γ с 18,3±0,71 до 26,7±0,61 (p<0,05).

Все эти функциональные нарушения печени отрицательно отразились на показателях уровня тимоловой пробы, где рост имел место быть от $3,3 \pm 0,2$ до $5,4 \pm 0,14$ ед., а также на показателях протромбинового индекса с $88,7 \pm 1,33$ до $102,4 \pm 0,8\%$ ($p < 0,05$). Уровни колебания холестерина крови и сахара в крови в динамике существенно не изменялись, в независимости от проведения протекционной терапии ($p > 0,05$).

На следующий день после разрешения толстокишечного пареза отмечен незначительный регресс показателя общего билирубина до $19,4 \pm 0,22$, т.е. пограничного уровня нормы, отмечены незначительные снижения ферментативной активности АСТ и АЛТ ($0,54 \pm 0,74$ и $0,52 \pm 0,68$ соответственно) по сравнению с показателями от 2 суток, что повлияло на уровень тимоловой пробы ($4,8 \pm 0,53$).

На фоне тенденции повышения общего белка был зарегистрирован регресс глобулина и его фракций, и при сопоставлении с данными полученными от 2 суток после операции имел достоверный показатель ($p > 0,05$).

Такая тенденция была по результатам биохимического анализа функциональной полноценности печени на 2-5 сутки после разрешения толстокишечного пареза, хотя ферментативная активность по АЛТ и АСТ еще находился в пограничном уровне нормы.

Динамика ведения послеоперационных пациентов, без проявления кишечного пареза на фоне выше указанных биохимических анализов, имели свои особенности.

Так, на 2 сутки после операции показатели биохимических анализов печени в крови были следующие: отмечен рост показателей общего билирубина с $9,9 \pm 0,44$ до $16,3 \pm 0,33$ ($p < 0,05$), а также повышение ферментативной активности печени АЛТ до $0,46 \pm 0,7$ и АСТ до $0,47 \pm 0,34$ мкат/л ($p < 0,05$).

Отмечено снижение содержания общего белка в крови до $72,4 \pm 0,9$ г/л ($p > 0,05$) был отмечен рост содержания глобулина от исходного уровня, и при этом показатель по сравнению с результатами без протекции имел место достоверный результат ($p < 0,05$), а также их фракций β и γ глобулинов ($15,4 \pm 0,81$ и $22,6 \pm 0,52$ соответственно).

Естественно показатели уровня тимоловой пробы от исходного показателя отметили достоверный рост до $4,6 \pm 0,36$ ед., нежели с показателями пареза, хотя по показателю протромбинового индекса в сравниваемые сроки имела место достоверность по t критерию ($p < 0,05$).

Если отталкиваться от полученного результата на 5 сутки после различных операций по поводу МКБ, достоверное различие по содержанию общего билирубина по сравнению с кишечным парезом после операционных больных составил $12,4 \pm 0,72$ против $19,4 \pm 0,22$ ($p < 0,01$), в показателях АЛТ и АСТ ($0,41 \pm 0,43$ и $0,41 \pm 0,65$ против $0,46 \pm 0,7$ и $0,47 \pm 0,34$ соответственно). Сравнительный регресс уровня содержания глобулина и их фракций, был отмечен у лиц с кишечным парезом против без него, и при этом достоверность имела место по показателям глобулина, т.е. $44,1 \pm 0,47$ против $48,3 \pm 0,38$ и в фракции α_2 глобулина – $9,7 \pm 0,87$ против $12,1 \pm 1,18$, β глобулина $13,9 \pm 0,14$ против $16,6 \pm 0,23$, γ глобулинов – $19,9 \pm 0,18$ против $23,4 \pm 0,39$ ($p < 0,05$).

Наряду с этим прогрессивно были отмечены уровни содержания общего белка, альбумина крови, при снижении активности протромбинового индекса у лиц с кишечным парезом нежели без него ($p < 0,05$).

Стойкий позитив по всем указанными параметрам функциональной полноценности печени имел место через 5 суток после операции по поводу МКБ, а именно, отмечено по уровню регресса общего билирубина в крови, т.е. у лиц без кишечного пареза оказалось – $9,71 \pm 0,6$ против $16,8 \pm 1,21$. Сравнительная динамика восстановления ферментативной активности печени по уровню АЛТ на 5 сутки после операции составило – $0,39 \pm 0,9$ против без пареза – $0,43 \pm 0,36$, а также АСТ в первом случае составило – $0,36 \pm 0,76$ по сравнению без пареза – $0,45 \pm 0,27$, где достоверность по результатам имело место ($p < 0,05$). Наряду с этим был установлен прогресс уровня содержания общего белка, который составил – $76,2 \pm 0,63$, альбумина – $57,4 \pm 0,66$, т.е. приблизилось к исходному уровню с минимальной разницей, а у лиц без запора содержание общего белка и альбумина имели незначительные изменения от исходного результата, послеоперационный период которых протекал гладко. Такая же картина имела место по показателям глобулина и их фракций у больных без запора через 5е сутки после операции по поводу МКБ, по сравнению с клиническим проявлением кишечного пареза.

Выводы:

1. Хронический запор в последние годы стал одним из лидирующих патологий в структуре заболеваемости в гастроэнтерологии, которая, к сожалению, мало учитывается в других отраслях хирургии. Однако в большинстве случаев после операции проявляется кишечным парезом, что в

значительной степени усугубляет течение болезни, в частности у оперированных пациентов по поводу МКБ.

2. На фоне гладкого послеоперационного течения (без кишечного пареза) динамика биохимических анализов печеночного теста выглядела следующим образом: на 2 сутки после операции показатели находились в напряженном уровне функциональной патологии, т.е. нарастанием основных параметров и только на 5 сутки после операции был зарегистрирован регресс по всем параметрам печеночного функционального теста, нежели с картиной контрольной группы, что свидетельствует о констатации факта обратимого в сторону нормализации показателей.

3. Полученные результаты оценки биохимических показателей печеночной функции свидетельствует о том, что состояние у лиц с проявлением кишечного пареза после операции достоверно ухудшается, по сравнению с пациентами с гладким течением послеоперационного периода, следовательно, полученные результаты необходимо учесть в терапии.

Литература:

1. Борисов В.В. Мочекаменная болезнь. Терапия больных с камнями почек и мочеточников /В.В. Борисов, Н.К. Дзеранов //Москва, 2011. - 96 с.
2. Майстренко Н.А. Гепатобилиарная хирургия: руководство для врачей /Н.А.Майстренко, А.И. Нечай //С.-Пб.: Спец. лит. - 1999. - С. 268.
3. Оморов Р.А. Новый метод хирургического лечения хронического толстокишечного стаза /Р.А. Оморов, Б.К. Осмоналиев,Б.А. Авазов //Вестник КГМА. - 2016. - №2. - С. 115-117.
4. Шалекенов Б.У. Мочекаменная болезнь: этиопатогенез, распространенность, лазерные технологии лечения и метафилактика / Б.У. Шалекенов, В.И. Воцула, А.Ч. Усупбаев // Алматы, 2013. - 180 с.
5. Усупбаев А.Ч. Клинико-функциональная взаимосвязь почечнокаменной болезни с заболеваниями органов пищеварения, их лечение и профилактика / А.Ч. Усупбаев: Автореферат дисс. д-ра мед. наук. - Бишкек, 2000. - 40 с.