

Выводы

Метод коррекции стриктуры мочеточника не влияет на выживаемость графтов. Количество лейкоцитов в ОАМ статистически больше при малоинвазивном методе коррекции. После выполнения открытой операции снижение уровня креатинина прошло более эффективно. Продолжительность госпитализации значительно больше после проведения реУНЦА.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Gomes, G. Ureteric Stent in Renal Transplantation / G. Gomes, P. Nunes, D. Castelo // Transplantation Proceedings. – 2013. – Vol. 45, iss. 3. – P. 1099–1101.
2. Сайдулаев, Д. А. Профилактика и хирургические методы лечения урологических осложнений у реципиентов почки / Д. А. Сайдулаев, И. А. Милосердов, С. В. Готье // Вестник трансплантологии и искусственных органов. – 2019. – Т. 21, № 3. – С. 166–173.
3. Kumar, S. Long-term graft and patient survival after balloon dilation of ureteric stenosis after renal transplant: a 23-year retrospective matched cohort study / S. Kumar, J. H. Jeon, A. Hakim // Radiology. – 2016. – Vol. 281, iss. 1. – P. 301–310.
4. Stühler, V. Surgical reconstruction of the ureter / V. Stühler, J. Bedke, A. Stenzl // Urologe. – 2019. – Vol. 58, iss. 6. – P. 651–657.

УДК 616.366-003.7-08-052

А. А. Лытко

Научный руководитель: старший преподаватель Д. М. Адамович

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ХОЛЕДОХОЛИТИАЗОМ

Введение

В настоящее время желчекаменная болезнь (ЖКБ) является одной из самых распространенных в хирургической гастроэнтерологии. В развитых странах этим заболеванием страдает каждая пятая женщина и каждый десятый мужчина. В пожилом возрасте эти различия нивелируются. Около 25 % мирового населения старше 60 лет и треть населения после 70 лет страдают желчекаменной болезнью. Холедохолитиаз (ХоЛ) по данным разных авторов встречается у 1–18 % пациентов с ЖКБ [1,2].

У 35 % больных с ЖКБ в конечном итоге появляется какая-либо симптоматика заболевания и его осложнения, которые требуют оперативного лечения. Одним из таких осложнений является миграция камней из желчного пузыря в холедох, что ведет к развитию вторичного ХоЛ, и наблюдается у 10–15 % пациентов, оперируемых по поводу ЖКБ. Однако конкременты в общем желчном протоке могут появляться и самостоятельно, то есть первично, что наблюдается значительно реже [2, 3].

Существует множество методов оперативного лечения ХоЛ. К основным из них относятся: различные реконструктивные операции ((РО) холедоходуоденоанастомоз, холедохоеюноанастомоз), эндоскопическая папиллосфинктеротомия (ЭПСТ) как самостоятельный вид операции у определенной категории пациентов, так и в сочетании с операциями на желчном пузыре: холецистэктомия из мини-доступа (МХЭ), лапароскопическая холецистэктомия (ЛХЭ) [1–4].

Цель

Изучить результаты лечения пациентов, поступивших для стационарного лечения, с желчекаменной болезнью и холедохолитиазом с учетом половозрастной и клинико-морфологической характеристик.

Материал и методы исследования

Проведен ретроспективный анализ результатов лечения пациентов с холедохолитиазом, госпитализированных в 1-е хирургическое отделение УГОКБ за период с 01.01.2018 по 10.03.2022. Общее количество пациентов составило 237 человек. Среди них 178 (75,11 %) были женщины и 59 (24,89 %) – мужчины. Средний ИМТ пациентов $28,58 \pm 6,51$ кг/м². Среднее количество дней в стационаре – 18 (11;18). Средний возраст составил 65,2 (52;68) и находился в пределах от 20 до 96 лет, причем 66,2 % составляли пациенты старше 60 лет. Диагноз ставился на основании клинико-anamnestических, лабораторных и инструментальных данных.

Статистический анализ проводился с использованием пакета прикладного программного обеспечения Microsoft Excel 2016.

Результаты исследования и их обсуждение

Консервативно пролечены 28 (11,8 %) пациентов: 24 (10,1 %) госпитализированных отказались от предложенного оперативного лечения после консервативной терапии и купирования болевого синдрома, воспалительных явлений, нормализации лабораторных показателей; у четырех (1,7 %) пациентов развилась ОПИ (в т. ч. у трех был выявлен вирус SARS-CoV-2). Они были пролечены консервативно и выписаны с рекомендацией на повторную госпитализацию после купирования катаральных явлений. Оперативными методами были пролечены 209 (88,2 %) пациентов. Всех прооперированных было решено разделить на 2 категории: пациенты, которым выполнили радикальные операции (РО, ХЭ, ЛХЭ, МХЭ) – 124 (59,3%) человека и которым провели малоинвазивные вмешательства (ЭПСТ, чрескожное чреспеченочное дренирование желчевыводящих путей, холецистостомию) – 85 (40,7 %). Всех госпитализированных из первой категории было решено разделить на 4 группы в зависимости от проводимого оперативного лечения. В первую группу вошли пациенты, которым были выполнены РО. Во вторую группу были включены госпитализированные, которым было проведено двухэтапное лечение: сначала ХЭ или ЛХЭ, затем ЭПСТ. Пациенты, которым первым этапом выполнили ЭПСТ, а вторым радикальную операцию, были включены в третью группу. Четвертая группа вовлекла в себя госпитализированных с проведенной ХЭ из различных доступов и интраоперационной ЭПСТ (ИОЭПСТ). Данные представлены в таблице 1.

Таблица 1 – Распределение пациентов по возрасту в зависимости от вида оперативного лечения

Возраст, лет/ Вид оперативного лечения	Общее кол-во (n/%)	РО (n/%)	ХЭ/ЛХЭ → ЭПСТ (n/%)	ЭПСТ → ХЭ/ЛХЭ/МХЭ/РО (n/%)	ХЭ/ЛХЭ + ИОЭПСТ (n/%)
Первый период зрелого возраста (21–35 лет)	17/8,1 %	1/0,5 %	1/0,5 %	13/6,2 %	2/1 %
Второй период зрелого возраста (35–60 лет)	43/20,6 %	8/3,8 %	8/3,8 %	24/11,5 %	3/1,4 %
Пожилой возраст (60–75 лет)	44/21,0 %	23/11,0 %	1/0,5 %	20/9,6 %	0/0,0 %
Старческий возраст (75–90 лет)	20/9,6 %	10/4,8 %	3/1,4 %	7/3,3 %	0/0,0 %
Долгожители (старше 90 лет)	0/0,0 %	0/0,0 %	0/0,0 %	0/0,0 %	0/0,0 %
Всего	124/59,3 %	42/20,1 %	13/6,2 %	64/30,6 %	5/2,4 %

Пациентов из 2-й категории (которым провели только малоинвазивные вмешательства) разделили на 3 группы. В первую вошли госпитализированные с основным диагнозом холедохолитиаз (постхолецистэктомический синдром и хронический бескаменный

холецистит). Во вторую группу – пациенты с холедохолитиазом и калькулезным холециститом (КХ). В 3 группу были включены пациенты, которым выполнили другие малоинвазивные операции (чрескожное чреспеченочное дренирование желчевыводящих путей, холецистостомия). Данные представлены в таблице 2.

Таблица 2 – Пациенты, которым провели только малоинвазивные вмешательства

Возраст, лет/ Диагноз и операции	Общее кол-во (n/%)	ХоЛ и ЭПСТ (n/%)	ХоЛ + КХ и ЭПСТ (n/%)	Малоинвазивные операции (n/%)
Первый период зрелого возраста (21–35 лет)	6/2,9 %	3/1,4 %	3/1,4 %	0/0,0 %
Второй период зрелого возраста (35–60 лет)	14/6,7 %	7/3,3 %	7/3,3 %	0/0,0 %
Пожилой возраст (60–75 лет)	18/8,6 %	4/1,9 %	13/6,2 %	1/0,5 %
Старческий возраст (75–90 лет)	39/18,7 %	7/3,3 %	32/15,3 %	0/0,0 %
Долгожители (старше 90 лет)	8/3,8 %	0/0,0 %	7/3,3 %	1/0,5 %
Всего	85/40,7 %	21/10,0 %	62/29,7 %	2/1 %

Поскольку возраст более 40 лет считается одним из факторов риска развития ЖКБ, то при описании причин отказа от радикального хирургического решения было решено разделить пациентов из 2-й группы (с ХоЛ и КХ) на 2 подгруппы (младше 40 лет и старше 40 лет) [2]. Четырем пациентам в возрасте до 40 лет не были проведены полостные операции по следующим причинам: один отказался, у двух выявили ОРИ, у одной пациентки была беременность (3 триместр). 58 пациентов старше 40 лет не были прооперированы: 24 отказались, у 31 были тяжелые сопутствующие патологии (декомпенсированная сердечно-сосудистая патология, ОНМК в анамнезе и пожилой возраст). ОРИ выявили у трёх человек (в т. ч. у двух SARS-CoV-2). После купирования катаральных явлений, пациентам с ОРИ была рекомендована госпитализация для выполнения основного этапа операции (холецистэктомии).

Также было проанализировано время, которое пациенты провели в стационаре в зависимости от вида проводимого оперативного лечения, которое представлено в таблице 3.

Таблица 3 – Среднее количество койко-дней в зависимости от вида оперативного лечения

Вид оперативного лечения	РО	ХЭ/ЛХЭ → ЭПСТ	ЭПСТ → ХЭ/ЛХЭ/МХЭ/РО	ХЭ/ЛХЭ + ИОЭПСТ	ЭПСТ
Кол-во койко-дней	24	20	24	21	13

Летальность составила 0,4 % (1 пациент): пациентка 85 лет (3-я степень ожирения, ИБС, АГ, Н2А) с ПХЭС, у которой во время выполнения ЭПСТ произошло вклинение корзинки Dormia с камнем, была прооперирована в экстренном порядке – выполнена реконструктивная операция. В послеоперационном периоде развилась полисегментарная пневмония, острое повреждение почек, прогрессировала сердечно-сосудистая недостаточность.

Выводы

Результаты исследования показали, что ЖКБ остается актуальным вопросом современной хирургии и гастроэнтерологии. Значительная часть операций (38,10 %) по поводу ЖКБ в сочетании с холедохолитиазом выполняется пациентам в трудоспособном возрасте. ЭПСТ является эффективным способом разрешения осложнений, связанных с ЖКБ, может выполняться как до радикальных операций, так и после; в ряде случаев, ввиду наличия тяжелой сопутствующей патологии, позволяет ликвидировать угрозу для жизни. Также ЭПСТ в чистом виде позволяет сократить койко-дни в 1,77 раза.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Тамим, А. А. Холедохолитиаз (обзор литературы) / А. А. Тамим, А. Е. Климов // Вестник новых медицинских технологий. Электронное издание. – 2021. – № 3.
2. Щеголев, А. А. Желчекаменная болезнь: Учебно-методическое пособие / А. А. Щеголев. – М.: РНИМУ. 2015. – 35 с.
3. Цитцер, О. А. Сравнительная оценка методов оперативного лечения холедохолитиаза / О. А. Цитцер, П. Г. Непомнящих, К. С. Севостьянова // Наука и мир. Международный научный журнал. – 2016. – № 6. – С. 34–35.
4. Батюк, В. И. Современные принципы лечения пациентов с холедохолитиазом [Электронный ресурс] / В. И. Батюк, З. А. Дундаров // Актуальные проблемы медицины: сб. науч. ст. респ. науч.-практ. конф. и 27-й итоговой науч. сессии Гомел. гос. мед. ун-та, Гомель, 2–3 нояб. 2017 г. / Гомел. гос. мед. ун-т; редкол.: А. Н. Лызиков [и др.]. – Гомель: ГомГМУ, 2018. – С. 71–73.

УДК 616.34-005.1

А. А. Малевич, Д. С. Трубка

Научный руководитель: к.м.н., доцент И. Т. Цилиндзь

Учреждение образования

«Гродненский государственный медицинский университет»

г. Гродно, Республика Беларусь

СТРУКТУРА ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ

Введение

Увеличивается количество пациентов с гастродуоденальными кровотечениями, возрастает частота язвенных кровотечений, вопросы лечебной тактики при острых гастродуоденальных кровотечениях остаются актуальными и требующими обсуждения [1].

Цель

Изучение структуры гастродуоденальных кровотечений, проведение анализа оказания помощи и лечебной тактики.

Материал и методы исследования

Проведен анализ лечения 637 пациентов с острыми гастродуоденальными кровотечениями. Из них у 351 (55,1 %) пациента причиной кровотечения явились желудочно-дуоденальные язвы, у 120 (18,8 %) – варикозно расширенные вены пищевода и кардинального отдела желудка, у 84 (13,2 %) – синдром Мелори – Вейса, у 26 (4,1 %) – эрозивный гастрит, дуоденит, у 56 (8,8 %) – прочие причины (эзофагит, злокачественные новообразования желудка с распадом, изъязвленные полипы, язва гастроэнтероанастомоза).

В структуре желудочно-кишечных кровотечений у большинства пациентов (55,1 %) причиной явилась гастродуоденальная язва. Она была локализована в двенадцатиперстной кишке в 217 случаях (61,9 %), в 134 (38,1 %) – в желудке. Хроническая язва была у 290 пациентов (82,7%), у 61 (17,3 %) – язва была острой. По половому признаку пациенты распределялись следующим образом: мужчин – 244 (69,5 %), женщин – 107 (30,5 %).

В первые 6 часов после появления симптомов кровотечения поступило 56 пациентов (15,9 %), через 6–24 часа – 82 (23,3 %), позже 24 часов – 213 (60,8 %). Эзофагогастродуоденоскопия была выполнена у всех 637 пациентов.

После локализации источника кровотечения выполнялся эндоскопический гемостаз.

Результаты исследования и их обсуждение

У пациентов с язвенными кровотечениями признаки продолжающегося кровотечения диагностированы в 199 случаях (56,8 %), у 152 (43,2 %) – состоявшегося. У всех пациентов с продолжающимся кровотечением применен эндоскопический гемостаз, наиболее эффективным клипирование кровоточащего сосуда. В связи является с рецидивом кровотечения в стационаре или продолжающимся кровотечением оперативное вмешательство выполнено у 11 (3,1 %) пациентов.