

8 палочкоядерных гранулоцитов. Значения NLR более 7, а также индексов: ЛИИ более 4 и СИИ более 3000, SIRI более 5 может говорить о развитии тяжелого панкреатита с необходимостью проведения интенсивной терапии в условиях ОРИТ.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Early prediction of the severe course, survival, and ICU requirements in acute pancreatitis by artificial intelligence / A. T. İnce [et al.] // *Pancreatology*. – 2023. – Vol. 23, № 2. – P. 176–186. – DOI: 10.1016/j.pan.2022.12.005.
2. The Prognostic Value of Inflammatory Markers to Predict Adverse Clinical Course of Acute Pancreatitis / R. M. Agayev, A. A. Mammadov, A. E. Iskandarov, F. S. Idrisov // *Gastroenterol. Hepatol. Int. J.* – 2022. – Vol. 7, № 1. – Art. 000188.
3. Comparison of the predictive values of CRP, CRP/albumin, RDW, neutrophil/lymphocyte, and platelet/lymphocyte levels in determining the severity of acute pancreatitis in patients with acute pancreatitis according to the BISAP score / B. Karabuga [et al.] // *Bratisl. Lek. Listy*. – 2022. – Vol. 123, № 2. – P. 129–135. – DOI: 10.4149/BLL_2022_020.
4. Sequential organ failure assessment score is superior to other prognostic indices in acute pancreatitis / T. Z. J. Teng, J. K. T. Tan, S. Baey [et al.] // *World J. Crit. Care Med.* – 2021. – Vol. 10, № 6. – P. 355–368. – DOI: 10.5492/wjccm.v10.i6.355.
5. Diagnosis and Treatment of Acute Pancreatitis / J. Walkowska, N. Zielinska, R. S. Tubbs [et al.] // *Diagnostics*. – 2022. – Vol. 12, № 8. – Art. 1974. – DOI: 10.3390/diagnostics12081974.

УДК 616.342-008-089

*Е. Л. Артюшков¹, М. И. Беленица², Н. В. Чубченко²,
Е. А. Горелько², В. А. Цыдзик², А. Ю. Ковалёв³*

¹Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»,

²Государственное учреждение здравоохранения

«Гомельская городская больница скорой медицинской помощи»

г. Гомель, Республика Беларусь

³Республиканская больница для осужденных ДИН МВД по г. Минску
и Минской области

г. Минск, Республика Беларусь

ПРЕИМУЩЕСТВА МАЛОИНВАЗИВНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В ЛЕЧЕНИИ ПЕРФОРАТИВНЫХ ДУОДЕНАЛЬНЫХ ЯЗВ

Введение

Прободная гастродуоденальная язва на сегодня остается одной из важнейших проблем urgentной хирургии с большим медицинским и социальным значением [1, 2]. Частота ГДЯ составляет 2–10 на 100 тыс. населения экономически развитых стран [3]. Частота перфоративных ГДЯ Республики Беларусь составляет 5–15 на 100 тыс. населения [4]. Классическим методом хирургического лечения ПДЯ на сегодняшний день считается как лапароскопическое ушивание перфорации с обязательным ФГДС перед операцией для осмотра задней стенки двенадцатиперстной кишки, так и операция Джадда, которая позволяет ревизировать заднюю стенку двенадцатиперстной кишки [5].

Цель

Проанализировать и оценить результаты хирургического лечения пациентов с перфоративными дуоденальными язвами с применением как малоинвазивных технологий, так и открытых операций.

Материал и методы исследования

Произведен ретроспективный анализ результатов оперативного лечения 48 пациентов с перфоративной язвой двенадцатиперстной кишки, находившихся на лечении в хирургических отделениях и отделении анестезиологии и реаниматологии ГУЗ «Гомельская городская больница скорой медицинской помощи» за период с 2022 по 2023 гг.

Статистическая обработка данных осуществлялась с применением компьютерных программ MS Excel 2016 10.0 и STATISTICA 13.3. Данные представлены в формате Me (25%;75%), где Me – медиана, 25 % – нижний перцентиль, 75 % – верхний перцентиль.

Возраст пациентов составил 45 [39;55]. Мужчин было 75% (n=36), женщин – 25% (n=12). Соотношение между группами составило 1:3. Пациенты трудоспособного возраста составили 83,3% (n=40).

Все пациенты госпитализированы в экстренном порядке. Пациенты разделены по способу оперативного вмешательства на две группы:

- 1 группа – пациенты, которым было проведено лапароскопическое оперативное вмешательство;
- 2 группа – пациенты, которым была выполнена лапаротомия.

При выполнении операции учитывались: длительность язвенного анамнеза, время с момента перфорации до поступления больных в стационар, возраст, наличие и выраженность коморбидной патологии, локализация, характер язвы, а также наличие иных осложнений. Решение о выборе хирургического пособия принимали после результатов лабораторных и инструментальных исследований (так, например, при выборе лапароскопического пособия по данным ФГДС учитывались края и размеры язвы путем осмотра задней стенки), определения характера, фазы и распространенности перитонита.

Результаты исследования и их обсуждение

В 1 группе было 44% (n=21) пациентов, во 2 группе 56% (n=27) пациентов. Первая группа – 85,5% (n=18) мужчин и 14,5% (n=3) женщин, вторая группа – 67% (n=18) мужчин, 33% (n=9) женщин.

Согласно возрастной классификации ВОЗ, в группах на долю пациентов молодого возраста (18–44 года) приходится 47,9% (n=23), среднего возраста (45–59 лет) 33,3% (n=16), пожилого возраста (60-74 лет) 12,5% (n=6), старческого возраста (75–90 лет) 6,25% (n=3).

Возраст пациентов 1 группы составил 41 год [39;50], второй группы – 49 лет [39,5;59].

В группах также проводилось сравнение по присутствию язвенного анамнеза. В 1 группе язвенный анамнез присутствовал у 9,5% (n=2) пациентов. Во 2 группе – у 33,3% (n=9) пациентов, из которых у 7,4% (n=2) случился рецидив.

Времени от начала заболевания до поступления в приемное отделение у пациентов 1 группы – 4 (2÷7,5) часа, у второй группы – 4 [2;9,5] часа (таблица 1).

Таблица 1 – Распределение пациентов по времени, прошедшему от момента заболевания до поступления в приемный покой

Время от момента начала заболевания до поступления	1 группа		2 группа	
	абс.	%	абс.	%
До 6 часов	n=13	61,9	n=16	59,3
От 6 до 12 часов	n=5	23,8	n=5	18,5
От 12 до 24 часов	–	–	n=0	–
Свыше 24 часов	n=3	14,3	n=6	22,2
Всего	n=21	100	n=27	100

Время от поступления в приемное отделение до начала оперативного лечения в 1 группе – 95 [75;140] минут, во 2 группе – 120 [97,5;165] минут. В течение этого времени пациенты осматривались анестезиологом, проводилась предоперационная подготовка.

Было проведено сравнение пациентов по распространенности перитонита с использованием классификации В. С. Савельев (2000). Согласно этой классификации, пациенты разделились следующим образом: местный перитонит – у 23% (n=11) пациентов; распространенный перитонит – 77% (n=37) пациентов. По характеру выпота в брюшной полости: серозный – у 20,8% (n=10) пациентов, серозно-фибринозный – у 77,1% (n=36), гнойный – у 2,1% (n=1).

В 1 группе при ушивании язвенного дефекта использовались интракорпоральные узловы швы в 100% (n=21) случаев с подшиванием пряжи большого сальника – 76,2% (n=16), во 2 группе подшивание пряжи большого сальника выполнялось в 22,2% (n=6) случаях.

Отмечено 4 (8,3%) случая перехода из лапароскопического доступа на лапаротомный, в 2 случаях был выраженный спаечный процесс.

Характер оперативных вмешательств у пациентов 2 группы был следующим: у 7,4% (n=2) пациентов выполнены резекции желудка по Б2 в модификации по Витебскому и Гофмейстеру – Финстереру, у 3,7% (n=1) пациента группы молодого возраста была выполнена радикальная мостовидная дуоденопластика, ушивание перфоративной ГДЯ выполнено у 11,1% (n=3) пациентов, пилоропластика по Джадду при перфоративной дуоденальной язве выполнена 84% (n=21) пациентов.

Длительность оперативного вмешательства у пациентов 1 группы составила 90 минут [80;120], у 2 группы – 80 минут [67,5;115].

Активизация пациентов проводилась на 1 [1;2] сутки у пациентов 1 группы и на 3 [3;5] сутки у пациентов 2 группы.

Длительность стационарного лечения у пациентов 1 группы – 10 [10;13] койко-дней, у пациентов второй группы – 11 [10;14].

Швы снимались в 1 группе на 10 [9;10] сутки после операции, во 2 группе на 10 [10;12] сутки.

Осложнения отмечались у 6,25% (n=3) пациентов.

В 1 группе осложнений не было. Во 2 группе осложнения отмечены у 11% (n=3) из 28 пациентов. Это серома послеоперационного рубца и кровотечение из язвы задней стенки верхней трети тела желудка. Гемостаз был достигнут эндоскопическим методом. В послеоперационном периоде по результатам ФГДС развился анастомозит, повторных операций не было. Кровотечение из острой язвы пилорического канала – гемостаз был достигнут эндоскопическим методом.

Летальный исход – у 4,2% (n=2) пациентов. У обоих пациентов были обширная сопутствующая патология и распространенный серозно-фибринозный перитонит.

Заключение

1. В данном исследовании мужчин было больше чем женщин: 75% (n=36) и 25% (n=12) соответственно. Самому молодому пациенту было 19 лет.

2. Пациенты 1 группы были значительно моложе – 41 [39;50] год, чем 2 группы – 49 [39,5; 59] лет.

3. Преобладающее большинство пациентов поступало в первые 6 часов от начала заболевания: в 1 группе 61,9%, во второй группе 59,3%.

4. Длительность оперативного вмешательства в 1 и 2 группе была практически одинакова: 90 [80; 120] минут и 80 [67,5; 115] минут.

5. Отмечается значительное преимущество лапароскопического способа в минимальном косметическом дефекте и ранней активации пациентов в первой группе на 1 сутки [1; 2] в сравнении с пациентами 2 группы – на 3 сутки [3; 5].

6. Длительность стационарного лечения различалась лишь в 1 сутки, в 1 группе – 10 [10;13], а во 2 группе – 11 [10;14].

7. В послеоперационном периоде у 11 % пациентов 2 группы выявлялись осложнения, в то время как в 1 группе осложнений не было.

8. Летальный исход был только во 2 группе и составил 4,2 %.

9. Применение малоинвазивных технологий в лечении является более экономичным. Так как большая часть пациентов трудоспособного возраста, то срок временной нетрудоспособности после лапароскопических операций меньше в сравнении с открытыми. Благодаря этому быстрее наступает выздоровление и выход пациентов на работу.

10. Лапароскопическая операция при перфоративной ГДЯ постепенно входит в практику хирургических отделений и при технических возможностях представляет собой альтернативу традиционной лапаротомной технике.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Гришин, Н. И. Функциональные и органические стенозы пилородуоденального канала / Н. И. Гришин, В. Н. Бордаков, П. И. Лобко. – Минск: Выш. шк, 2011. – С. 319.
2. Systematic review of the epidemiology of complicated peptic ulcer disease: incidence, recurrence, risk factor-andmortality/ J. Y. Lau [et al.] // Digestion. – 2011. – Vol. 84, № 2. – P. 102–113.
3. Ивашкин, В. Т. Болезни пищевода и желудка / В. Т. Ивашкин, А. А. Шептулин. – М. : 2002. – 144 с.
4. Лобанков, В. М. Медико-социальные аспекты хирургии язвенной болезни в Беларуси / В. М. Лобанков. – Германия: Lambert, 2012. – 260 с.
5. Menekse, E. A practical scoring system to predict mortality in patients with perforated peptic ulcer / E. Menekse [et al.] // World J Emerg Surg. – 2015. – № 10. – P. 7. <https://doi.org/10.1186/s13017-015-0008-7>

УДК 616.381-007.43-089:577.152.34

В. В. Берещенко, А. Н. Лызилов, В. И. Данкевич

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

МЕТАЛЛОПРОТЕИНАЗА ТРЕТЬЕГО ТИПА И УРОВЕНЬ ЕЕ ТКАНЕВЫХ ИНГИБИТОРОВ У ПАЦИЕНТОВ С ГРЫЖАМИ ПЕРЕДНЕЙ БРЮШНОЙ СТЕНКИ

Введение

Коллагены 1, 2, 3 типов являются основными, которые определяют структуру и функцию экстрацеллюлярного матрикса. Синтез и разрушение коллагена являются многофакторными процессами и зависят от ряда ферментов, ведущими из которых являются матриксные металлопротеиназы (ММП). ММП-3 способна разрушать различные компоненты внеклеточного матрикса (ВМ), включая матричные белки, факторы роста, протеазы, поверхностные рецепторы и молекулы адгезии. В частности, этот фермент может перерабатывать различные про-ММП, и таким образом, синтез и активация ММП-3 являются первыми действиями, запускающими процесс деградации ВМ [1–4]. Кроме деструктивной деятельности она участвует в процессе ремоделирования тканей в нормальных физиологических процессах, регенерации ран, в эмбриональном развитии.