

непосредственно перед госпитализацией. Также, после проведения хирургического вмешательства у некоторых наблюдались симптомы острой респираторной вирусной инфекции. После выздоровления пациенты были выписаны на амбулаторный этап лечения.

Также сроки восстановления зависят от ИМТ. У мужчин среднее значение составляло – 28,9 кг/м², максимальное значение было равно 42,0 кг/м², а минимальное – 22,5 кг/м². У женщин среднее значение ИМТ составляло – 34,1 кг/м², когда минимальное значение было равным 21,3 кг/м², максимальное – 51,0 кг/м².

Выводы

Послеоперационные вентральные грыжи чаще встречаются у женщин в – 57,3% случаев, против 42,7% случаев у мужчин. Наиболее распространённым методом оперативного вмешательства при послеоперационной вентральной грыже является грыжесечение с пластикой «sub-lay». При грыжесечении с последующей пластикой «on-lay» выявлены случаи послеоперационных рецидивов. Методом «sub-lay» оперируют грыжи больших размеров: от 8,0 см., в сравнении с методом «on-lay»: 6,0 см. Однако, при грыжесечении с пластикой «on-lay» пациенты проводили в стационаре 15 [7;24] суток, что на 2 дня меньше, чем при грыжесечении с пластикой «sub-lay», при которой период госпитализации в среднем составлял 17 [7;35] суток.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Результаты оперативного лечения пациентов с грыжами передней брюшной стенки с применением сетчатых имплантов [сайт] / Е. Л. Артющков, Е. Ю. Дорошко, Е. А. Горелько. – URL: <https://elib.gsmu.by/bitstream/handle/GomSMU/15517/3-5.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. (дата обращения: 03.03.2025).
2. Послеоперационные вентральные грыжи – нерешённые проблемы / В. Г. Плешков [и др.] // Вестник экспериментальной и клинической хирургии. – 2021. – Т. 2, № 3. – С. 248–255.
3. Непосредственные результаты аллогерниопластики послеоперационных вентральных грыж с применением современных технологий [сайт] / А. К. Мелоян [и др.] // Журн. ГомГМУ. – 2018. – № 3. – URL: <https://journal.gsmu.by/jour/article/view/734>. (дата обращения: 03.03.2025).

УДК 616.37-002-036.11-02-08

Е. И. Фетисова

Научный руководитель: старший преподаватель Д. М. Адамович

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

ВЛИЯНИЕ ЭТИОЛОГИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ И АНАТОМИЧЕСКИХ ОСОБЕННОСТЕЙ НА ИСХОД ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА

Введение

Острый панкреатит (ОП) представляет собой внезапное и лавинообразно нарастающее поражение поджелудочной железы, в основе которого лежит аутолитический ферментативный процесс. Заболеваемость ОП занимает третье место в структуре ургентной патологии органов брюшной полости. Поджелудочная железа, как орган забрюшинного пространства, не имеет фасциального покрытия, что способствует распространению панкреатической жидкости по забрюшинному пространству и в брюшную полость, а также развитию осложнений [1].

В 1992 г. группа экспертов по проблеме острого панкреатита приняла в г. Атланта (США) классификацию острого панкреатита, которая прошла ряд обновлений на сегодняшний день. В ней выделяют отечный и некротический панкреатит. На основании

клинических протоколов лечения ОП в Республике Беларусь выделяют легкую и тяжелую формы острого панкреатита. Среди причин заболевания наиболее часто встречаются алкогольный ОП, алиментарные факторы и ЖКБ [2].

Летальность при панкреонекрозе остается достаточно высокой. Обуславливает это ряд причин: несвоевременная диагностика заболевания и его разнообразных осложнений, недооценка степени тяжести и развития некротических форм ОП, сопряженных с формированием разнообразных гнойно-септических осложнений [3,4].

Цель

Изучить этиологические факторы и анатомические особенности острого панкреатита с помощью КТ-картин поджелудочной железы пациентов хирургического отделения УЗ ГОКБ г. Гомеля. Выявить закономерность между локализацией поражения и тактикой лечения ОП.

Материал и методы исследования

Изучены 104 медицинские карты пациентов хирургического отделения УЗ “Гомельская областная клиническая больница” за период с 2019 по 2024 год с острым панкреатитом. Проведен ретроспективный анализ КТ-исследований, в ходе которых были выделены инфильтративные участки, очаги некроза и здоровые ткани поджелудочной железы для проведения сравнительного анализа между поражёнными и здоровыми областями.

Статистическая обработка результатов проведена с использованием методов непараметрической статистики с помощью пакета прикладных программ “STATISTICA” 10.0 и Microsoft Excel 2017. Для относительных значений определялся 95% доверительный интервал (95% ДИ min;max) методом Клоппера-Пирсона. Различия считались достоверными при уровне значимости $p < 0,05$.

Результаты исследования и их обсуждение

В исследуемой группе преобладали мужчины – 66 (63,5%) человек, женщин – 38 (36,5%). Возраст пациентов варьирует от 26 до 87 лет.

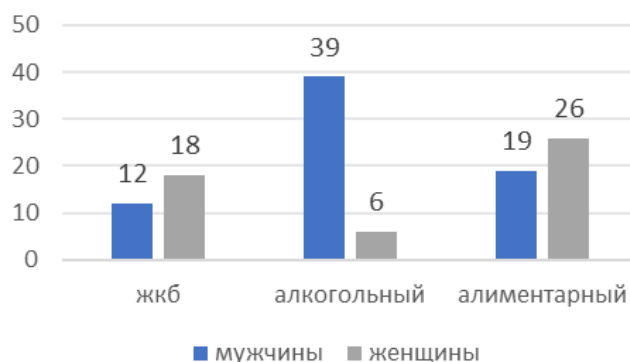


Рисунок 1 – Этиологические факторы ОП среди мужчин и женщин

Исходя из данных рисунка 1, можно выделить, что ведущим этиологическим фактором среди мужчин – алкогольный (86,7%), среди женщин – алиментарный (57,8%) и ЖКБ (60%).

Уровень значимости $p < 0,05$.

В исследуемой группе преобладали пациенты с первоначальной локализацией воспалительного процесса в области головки поджелудочной железы – 56 (53,8%) человек, в области тела – 14 (13,5%), в области хвоста – 34 (32,7%).

У 55 из 104 (52,9%) пациентов были описаны жидкостные скопления вдоль фасции Герота. Среди них 29 (52,7%) пациентов с воспалительным процессом в проекции

хвоста ПЖ, 12 (21,9%) – в проекции головки и 14 (25,4%) – в проекции тела. $\chi^2 (0,5 > 0,05)$ свидетельствует о наличии статистически значимой зависимости между наличием жидкостных скоплений и локализацией воспалительного процесса. У 45 (43,3%) пациентов отмечены воспалительные процессы в забрюшинном пространстве и сальниковой сумке. Среди них 35 (77,8%) – с локализацией воспалительного процесса в головке ПЖ, 7 (15,6%) – в теле и 3 (6,67%) – в хвосте. $\chi^2 (0,0971 > 0,05)$ свидетельствует о наличии статистически значимой зависимости между распространением и локализацией воспалительного процесса.

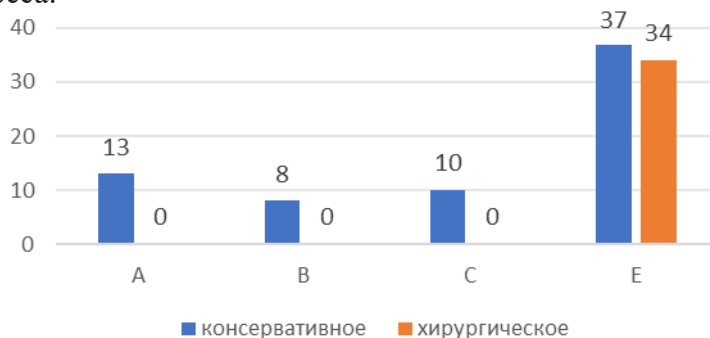


Рисунок 2 – График тактики лечения и степени тяжести ОП по шкале Balthazar

Консервативное лечение проводилось 70 пациентам (67,3%), хирургическое – 34 (32,7%).

Из 34 (32,7%) пациентов, в первые трое суток лечебно-диагностическая лапароскопия выполнена 9 пациентам (26,5%) с клиникой ферментативного перитонита, умерло два пациента в связи с нарастанием полиорганной недостаточности на 5 сутки и 16 сутки.

Первым этапом дренирование жидкостных скоплений под УЗИ контролем выполнено 16 пациентам. В последующем пяти пациентам была выполнена лечебно-диагностическая лапароскопия. Семи пациентам в связи с развитием гнойных осложнений в дальнейшем выполнена лапаротомия, некрсеквестрэктомия, дренирование сальниковой сумки со вскрытием забрюшинной флегмоны. В этой группе умерло 4 пациента (25%), переведенных с районных больниц в сроки 7–10 дней от момента госпитализации с имеющимися явлениями полиорганной недостаточности.

Первично выполнена лапаротомия, дренирование сальниковой сумки в 9 случаях (26,5%) пациентам, переведенным из ЦРБ, в сроки позже 14 дней. В пяти случаях отмечен летальный исход, связанный с нарастающей полиорганной недостаточностью и сепсисом у одного из пациентов.

Всего с острым панкреатитом умерло 19 из 104 (18,3%) пациентов: из них 12 пациентов (63,2%) после оперативного лечения и 7 (36,8%) – на фоне консервативного. По данным КТ у всех умерших отмечена степень Balthazar E. У 4 (21,1%) умерших отмечен воспалительный процесс в области хвоста ПЖ с последующим распространением жидкостных скоплений вдоль фасции Герота слева, у 15 (78,9%) – в головке ПЖ с дальнейшим распространением в забрюшинное пространство справа и нижние этажи брюшной полости.

Средние сроки консервативного лечения составили 8 (1;27) суток, оперативного – 32 (0;63) суток.

Выводы

1. При отсутствии корреляции между возрастом пациентов и развитием ОП отмечено преобладает у мужчин алкогольного фактора, у женщин – ЖКБ и алиментарного факторов.

2. Исходя из исследований, можно сделать вывод, что локализация поражения влияет на возникновение осложнений и тактику лечения. Некроз головки может приводить к более серьезным осложнениям, таким как формирование абсцесса сальниковой сумки, забрюшинных флегмон, с вовлечением соседних структур, в ряде случаев с развитием полиорганной недостаточности, а при благоприятном течении – развитие псевдокист различных размеров, анатомически определяемыми локализацией зон поражения. Некроз хвоста менее часто приводит к острым осложнениям по сравнению с некрозом головки.

3. Своевременная диагностика локализации воспалительных процессов в поджелудочной железе позволяет определять тактику лечения пациентов с тяжелыми формами ОП и возможные осложнения.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Ranson, J. H. C. Acute pancreatitis: pathogenesis, outcome and treatment / J. H. C. Ranson // Clin. Gastroenterol. – 1984. – Vol. 13, № 9. – P. 843–863.
2. Кондратенко, П. Г. Острый панкреатит / П. Г. Кондратенко, А. А. Васильев, М. В. Конькова. – Донецк, 2008. – 352 с.
3. Бойко, В. В. Острый панкреатит. Патопизиология и лечение / В. В. Бойко, И. А. Криворучко, Р. С. Шевченко. – Х. : Торнадо, 2002. – 288 с.
4. Balthazar, E. J. Acute Pancreatitis: Assessment of Severity with Clinical and CT Evaluation / E. J. Balthazar // Radiology. – 2002. – № 223. – P. 603–613.

УДК 616-005.1-08:616-001.186-052

А. А. Ярец

Научный руководитель: к.м.н., доцент И. А. Славников

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

ПОКАЗАТЕЛИ СИСТЕМЫ ГЕМОСТАЗА У ПАЦИЕНТОВ С ОТМОРОЖЕНИЯМИ В РАННЕМ И ПОЗДНЕМ РЕАКТИВНОМ ПЕРИОДЕ

Введение

Местная холодовая травма в структуре травматических повреждений в мирное время в зоне с умеренным климатом составляет около 1%. Актуальность отморожений обусловлена трудностью лечения, длительной утратой трудоспособности и высоким процентом осложнений с последующей инвалидизацией пострадавших. Важным звеном патогенеза холодового воздействия является нарушения микроциркуляции в пораженных сегментах, затрагивающие систему гемостаза, и приводящие к тромбозу и некрозу тканей [1]. После этапа согревания тканей выделяют ранний и поздний реактивный периоды, в которые проявляются признаки отморожения, включая клиническую картину некроза и симптомы реактивного воспаления, при этом тяжесть поражения выявляется лишь в позднем реактивном периоде [2].

У пациентов с отморожениями рекомендуется проведение лабораторной оценки показателей системы гемостаза, степень изменения которых зависит от времени, прошедшего с момента холодового воздействия. В перечень обязательных исследований входит выполнение тестов стандартной коагулограммы: АЧТВ, ТВ, ПТИ (активности факторов протромбинового комплекса, АФПК), концентрации фибриногена [3]. В лечении пациентов с отморожениями используются антитромботические средства из группы гепарина, а также антиагреганты, периферические вазодилататоры, никотиновая кислота и т.д. [2, 3]. Необходимо отметить, что тесты коагулограммы на учитывают вклад тромбоци-