

Анализ отдаленных результатов проведен у пациентов с протоковой аденокарциномой. Наблюдаемая 5-летняя выживаемость в I, II и III группах составила $25,4 \pm 9 \%$, $30,8 \pm 9,4 \%$ и $2,4 \pm 2,2 \%$, соответственно ($P = 0,05$). При этом при IIА стадии ГРПЖ аналогичный показатель составил $33,3 \pm 15,2 \%$, $45,5 \pm 15 \%$ и $5,9 \pm 5,2 \%$ ($P = 0,01$). Низкие показатели выживаемости при двухэтапном хирургическом лечении могут объясняться повышением риска диссеминации опухолевых клеток при лапаротомии, пункции опухоли и задержкой проведения радикальной операции. Различий выживаемости у пациентов III группы в зависимости от вида ПБД не выявлено. Отдаленные результаты при двухэтапных операциях были неудовлетворительны как в случае наложения билиодигестивных анастомозов, так и при наружном дренировании, медиана выживаемости составила 11,5 (7,5; 21,5) мес. и 15 (7,0; 21,3) мес., соответственно ($P = 0,73$).

Заключение

Проведение одноэтапного радикального хирургического лечения рака головки поджелудочной железы у пациентов основной группы не сопровождалось ростом частоты послеоперационных осложнений и летальности в сравнении с пациентами обеих контрольных групп. Наблюдалась отчетливая тенденция к более высокой пятилетней выживаемости пациентов (и достоверно более высокая выживаемость при IIА стадии) после одноэтапных операций в сравнении с пациентами, перенесшими ПБД. Выживаемость пациентов III группы была неудовлетворительной как при использовании в качестве метода ПБД билиодигестивных анастомозов, так и при наружном дренировании. При невозможности проведения одноэтапного хирургического лечения целесообразно шире применять с целью ПБД эндоскопическое стентирование желчных протоков, не оказывающее, по данным литературы, негативного влияния на отдаленную выживаемость пациентов.

ЛИТЕРАТУРА

1. International Association of Pancreatology (IAP) / European Pancreas Club (EPC) Consensus Review of Guidelines for the Treatment of Pancreatic Cancer / K. Takaori [et al.] // *Pancreatology*. — 2015. — Vol. 16(1). — P. 14–27. — DOI: 10.1016/j.pan.2015.10.013.
2. Postoperative infectious complications after pancreatic resection / K. Okano [et al.] // *Br J Surg*. — 2015. — Vol. 102(12). — P. 1551–1560. — doi:10.1002/bjs.9919.
3. Current trends in preoperative biliary stenting in patients with pancreatic cancer / L. Jinkins [et al.] // *Surgery*. — 2013. — Vol. 154(2). — P. 179–189. — 10.1016/j.surg.2013.03.016.
4. Impact of Preoperative Biliary Drainage on Long-Term Survival in Resected Pancreatic Ductal Adenocarcinoma: A Multicenter Observational Study / K. Uemura [et al.] // *Ann. Surg. Oncol.* — 2015. — Vol. 22. — P. 1238–1246. — doi: 10.1245/s10434-015-4618-9.
5. Одноэтапные операции при раке головки поджелудочной железы, осложненном механической желтухой / И. В. Михайлов [и др.] // *Проблемы здоровья и экологии*. — 2019. — № 61(3). — С. 33–38. eLIBRARY ID: 41161267.

УДК 616: 366-002.1-089

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОСТРОГО ХОЛЕЦИСТИТА

**Молодой Е. Г.¹, Призенцов А. А.², Скуратов А. Г.²,
Осипов Б. Б.², Сильвистрович В. И.²**

¹Учреждение здравоохранения

«Гомельская городская клиническая больница № 3»,

²Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Количество пациентов, страдающих желчнокаменной болезнью, за последние годы значительно увеличилось и продолжает неуклонно расти [1, 2]. По

данным ВОЗ у каждого четвертого жителя нашей планеты в возрасте от 60 до 70 лет обнаруживаются желчные конкременты, а после 70 лет — у каждого третьего из них [3].

Хирургическое лечение острого калькулезного холецистита остается одной из наиболее актуальных проблем неотложной хирургии. Последний является самым частым осложнением желчнокаменной болезни, достигая 30 % и более в структуре этого заболевания [2].

Цель

Изучить структуру пациентов с различными формами острого калькулезного холецистита и оценить ближайшие результаты их хирургического лечения.

Материал и методы исследования

Изучены результаты лечения 221 пациента с различными формами острого калькулезного холецистита, находившихся на лечении на базе ГУЗ «ГТКБ № 3» в период с 01.01.2016 по 20.09.2021 гг. Статистическая обработка выполнялась при помощи пакета прикладных программ Microsoft Excel и «MedCalc 10.2.0.0» (MedCalc, Mariakerke, Belgium). Данные представлены в виде среднего арифметического и стандартного отклонения ($M \pm SD$).

Результаты исследования и их обсуждение

Из 221 пациента было оперировано 198, 23 были выписаны после успешного консервативного лечения ввиду наличия противопоказаний к плановой операции. Среди оперированных острый простой холецистит был диагностирован у 46 (23,3 %) пациентов, флегмонозный — у 87 (43,9 %) пациентов, гангренозный — у 65 (32,8 %), что было подтверждено патоморфологическим исследованием удаленных макропрепаратов.

В 31 (14 %) случае наблюдалось осложненное течение острого холецистита (в 21 случаях обширный перивезикальный инфильтрат, в 5 — перивезикальный абсцесс, в 3 — подпеченочный абсцесс, по одному случаю поддиафрагмального абсцесса и холецистодуоденального свища).

Возраст пациентов в среднем составил $61,5 \pm 16$ лет (от 19 до 98 лет). Средний возраст женщин составил $61,9 \pm 16,4$ года, мужчин — $60,5 \pm 15,2$ года. Деструктивные формы холецистита у женщин наблюдались чаще, чем у мужчин. При флегмонозном холецистите это соотношение составило 3,4:1, при гангренозном — 1,4:1. Средний возраст пациентов с флегмонозным холециститом — $53,7 \pm 14,2$ лет, при гангренозном — $67,5 \pm 13,9$ лет.

Время госпитализации пациентов от начала приступа острого холецистита составило от 1 ч до 10 сут. В 125 (56,6 %) случаях пациенты были госпитализированы в течение первых 24 ч после начала приступа. Также из анамнеза было выявлено, что более половины пациентов — 120 (54,3 %) — приступы острого холецистита отметили впервые в жизни.

Наиболее частыми жалобами пациентов при поступлении в стационар являлись боли в области правого подреберья и эпигастрия (у всех пациентов), повышение температуры выше фебрильных значений (34,8 %), тошнота и рвота, не приносящие облегчения (26,2 %). Длительность болевого приступа до 24 ч отмечена у 125 (56,6 %) пациентов, 24–48 ч — у 34 (15,4 %) пациентов, свыше 48 ч — у 62 (28,1 %) пациентов.

При пальпации у большинства пациентов выявлялась локальная болезненность, положительные симптомы Ортнера, Мерфи. Дефанс мышц отмечен в 126 (57 %) случаях. Симптом Мюсси — Георгиевского не определялся ни в одном случае.

При анализе периферической крови лейкоцитоз был выявлен в 172 (77,8 %) случаях. Среднее число лейкоцитов крови составило — $12,3 \pm 1,9 \times 10^9$ в литре. При анализе данных протоколов ультразвукового исследования средние размеры желчного пузыря составили: длинник — $102,9 \pm 3,6$ мм, поперечник — $45 \pm 1,9$

мм, средняя толщина стенки $4,8 \pm 2,5$ мм. Достоверной разницы по данным показателям при различных формах острого холецистита выявлено не было.

Консервативное лечение в стационаре проводилось согласно клиническим протоколам с применением инфузий, нестероидных противовоспалительных и спазмолитических препаратов, антибиотикотерапии. По срочным показаниям были оперированы 198 (89,6 %) пациентов. 23 (10,4 %) пациентам после имевшего эффект консервативного лечения в плановой операции было отказано ввиду выраженной соматической патологии.

У 11 (5,6 %) пациентов была произведена традиционная холецистэктомия с использованием верхней срединной лапаротомии. Показанием к лапаротомии в большинстве случаев явился сопутствующий холедохолитиаз, а также осложненный деструктивный холецистит с длительным анамнезом. В 8 случаях холецистэктомия была дополнена холедоходуоденоанастомозом по Юрашу-Виноградову (5) и гепатикоеюноанастомозом на отключенной по Ру петле (3). Средняя продолжительность операции составила $157,2 \pm 5,7$ мин.

В 187 (94,4 %) случаях была выполнена лапароскопическая холецистэктомия, при этом средняя длительность операции составила $84,4 \pm 3,7$ мин. Санация брюшной полости проводилась лапароскопически. В случае холедоходуоденального свища небольшой дефект стенки двенадцатиперстной кишки был ушит интракорпоральным швом.

У 18 пациентов во время лапароскопической холецистэктомии были выявлены показания к интраоперационной холангиографии, что и было выполнено после канюляции культи пузырного протока. Ни в одном из указанных случаев расширения объема операции не потребовалось.

При выполнении видеоландоскопических вмешательств использовали ряд технических приемов. В случае предшествующей лапаротомии использовали методику «открытой» лапароскопии, в том числе и в нестандартных точках брюшной стенки. При необходимости производилась пункция желчного пузыря троакаром Д5 со стилетом с последующей эвакуацией содержимого и отмыванием полости пузыря. В случае массивного инфильтрата выделение желчного пузыря производили тупфером или кончиком аспиратора. В ряде случаев использовали дополнительный троакар Д5 с ретрактором. Пузырь при резкой его инфильтрации удерживали когтевым зажимом Д10 с кремальерой. При неэффективности стандартных и специальных режимов гемостаза из печеночной паренхимы использовали коагуляцию тканей через небольшой участок влажной марлевой турунды. По ходу операции производили обильный лаваж водным раствором хлоргексидина. Во всех случаях выполняли дренирование подпеченочного пространства. Дренаж удаляли, как правило, на вторые сутки послеоперационного периода.

Среднее число дней пребывания пациентов на стационарной койке в отделении за период исследования составило $12,7 \pm 1,8$ сут. В послеоперационном периоде у 2 пациентов с гангренозным холециститом, перенесших традиционную холецистэктомию с дренированием подпеченочного пространства, развились неполные наружные желчные свищи, закрывшиеся самостоятельно к моменту выписки, еще у 13 пациентов диагностированы серомы послеоперационных ран. Летальных исходов не было.

Выводы

Проблема острого холецистита сохраняет свою актуальность в настоящее время и остается одной из наиболее распространенных в абдоминальной хирургии. Удельный вес деструктивных форм по нашим данным составил 76,8 %. Диагностика морфологических форм острого холецистита до операции затруднена отсутствием убедительных клинических и ультразвуковых дифференциальных критериев. Наиболее характерный ультрасонографический признак — утолще-

ние стенки желчного пузыря достоверно не отличается при простом, флегмонозном и гангренозном холециститах. Классический симптом Мюсси — Георгиевского не был выявлен нами ни в одном из наблюдений. В большинстве случаев острого деструктивного холецистита, в том числе осложненного, при соблюдении ряда технических приемов возможно выполнение малоинвазивных видеоэндоскопических вмешательств.

ЛИТЕРАТУРА

1. Оптимальные сроки хирургического лечения острого холецистита по данным доказательных исследований / А. Г. Бебуришвили [и др.] // *Анналы хирургической гепатологии*. — 2020. — № 25 (3). — С. 12–19. — Режим доступа: <https://doi.org/10.16931/1995-5464.2020312-19>. — Дата доступа: 04.10.2021.
2. Острый холецистит. Результаты многоцентрового исследования и пути дальнейшей оптимизации хирургической тактики / М. И. Прудков [и др.] // *Анналы хирургической гепатологии*. — 2020. — № 25 (3). — С. 32–47. — Режим доступа: <https://doi.org/10.16931/1995-5464.2020332-47>. — Дата доступа: 03.10.2021 г.
3. World Society of Emergency Surgery updated guidelines for the diagnosis and treatment of acute calculus cholecystitis / M. Pisano [at al.] // *World. J. Emerg. Surg.* — 2020. — № 15. — P. 61. — Режим доступа: <https://doi.org/10.1186/s13017-020-00336-x>. — Дата доступа: 04.10.2021 г.

УДК 616.1-06:616.153.478.6:612.332.8

КОРРЕКЦИЯ ГИПЕРГОМОЦИСТЕИНЕМИИ У ПАЦИЕНТОВ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ АРТЕРИЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ ПОСЛЕ ОТКРЫТЫХ ИНФРАИНГВИНАЛЬНЫХ ОПЕРАЦИЙ

Панасюк О. В.

**Учреждение образования
«Гродненский государственный медицинский университет»
г. Гродно, Республика Беларусь**

Введение

Сердечно-сосудистые заболевания являются одной из ведущих причин смертности во всем мире. Заболевания артерий нижних конечностей (ЗАНК) занимает 3 место в структуре смертности от сердечно-сосудистой патологии. Перемежающая хромота, критическая ишемия и гангрена нижних конечностей — самые распространенные последствия прогрессирующего течения ЗАНК. Инвалидность во временном промежутке 3–5 лет после появления первых симптомов этой группы заболеваний возникает у трети пациентов, риск смерти в течение двух лет составляет 20 %, в течение пяти лет — 50 % [1]. Различного вида ампутации выполняются 37 % больных в случае применения только консервативного лечения. Данный вид лечения не приводит к большому успеху: из 100 % пациентов всего у 40 % удается сохранить конечность, летальность составляет 20 %, оставшемуся проценту больных выполняется ампутация. Ампутация ниже колена приводит к летальному исходу в 5–10 % случаев, выше колена — в 15–20 %. 25–30 % составляет летальность в течение первых двух лет после оперативного вмешательства, в течение пяти лет — 50–70 %. Выполнение эффективных реваскуляризаций нижних конечностей на практике, возможно, всего лишь у 37–58 % пациентов. В течение одного года операций работает у 73 % пациентов при реваскуляризациях выше щели коленного сустава и у 39 % при различных вариантах дистального шунтирования. Исходя из этого, результаты реконструктивно-восстановительных вмешательств на артериях нижних конечностях нельзя назвать удовлетворительными [2].

Гомоцистеин (Hcy) — непротеиногенная цитотоксичная серосодержащая аминокислота. Hcy участвует в ремоделировании эндотелия, приводя к образованию атеросклеротической бляшки, и способствует неблагоприятному течению ЗАНК. При концентрации Hcy свыше 12 мкмоль/л диагностируется гипергомоцистеинемия (HHcy). Данная патология приводит к активации патобиохимиче-