

ниями шкал физического функционирования до и после операции. Кроме физического компонента здоровья возросли показатели и психического компонента здоровья, что так же указывает на улучшение качества жизни пациентов. Конечно, данное изменение связано с расширением двигательных функций пациентов и повышения уровня эмоционального фона и общего настроения пациента.

ЛИТЕРАТУРА

1. Дедов, И. И. Эндокринология. Национальное руководство. Краткое издание / И. И. Дедов, Г. А. Мельниченко. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. 752 с.
2. Гиперпаратиреоз: диагностика и лечение / М. Г. Давыдович [и др.] // Медицинский вестник Башкортостана. 2017. Т. 12, № 4 (70). С. 70–75.
3. Хроническая болезнь почек и нефропротективная терапия: методическое руководство для врачей / под ред. Е. М. Шилова [и др.]. М., 2012.
4. Макаров, И. В. Создание предоперационной персонифицированной модели аденом околощитовидных желез и интраоперационной навигации в хирургическом лечении гиперпаратиреоза у пациентов, находящихся на заместительной почечной терапии / И. В. Макаров, Р. А. Галкин, Д. О. Хохлова // Таврический медико-биологический вестник. 2019, Т. 22, № 3. С. 27–31.
5. Оценка качества жизни пациентов с третичным гиперпаратиреозом после оперативного лечения / И. В. Макаров [и др.] // Таврический медико-биологический вестник. 2020. Т. 23, № 2. С. 110–114.

УДК 616.37-002-0036.11-07-089

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ КТ-ИНДЕКСА BALTHAZAR У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ ТЯЖЕЛЫМ ПАНКРЕАТИТОМ ДЛЯ ВЫБОРА ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ

Ильина Д. В.

**Научные руководители: д.м.н., профессор З. А. Дундаров;
старший преподаватель Д. М. Адамович**

**Учреждение образования
«Гомельский государственный медицинский университет»
г. Гомель, Республика Беларусь**

Введение

Острый панкреатит (ОП) является одним из наиболее распространенных желудочно-кишечных заболеваний, требующих неотложной госпитализации во всем мире, с зарегистрированной ежегодной заболеваемостью 13–45 случаев на 100 тыс. человек [1].

В настоящее время летальность при возникновении гнойно-некротических осложнений острого панкреатита остается стабильно высокой. У 15–20 % пациентов развивается панкреонекроз. Летальность при панкреонекрозе варьирует в пределах 20–45 %, в то время как при развитии инфицированного панкреонекроза летальность достигает 80 % [2]. Инструментальные методы исследования зачастую имеют решающее значение в постановке диагноза и выборе адекватного метода лечения. Компьютерная томография (КТ) с контрастированием считается методом выбора для диагностики, стадирования и выявления осложнений ОП. Оптимальными сроками выполнения КТ для диагностики панкреонекроза являются 2–3 сутки заболевания [3]. Классификация Balthazar при КТ позволяет определять индекс тяжести ОП в зависимости от степени воспаления, наличия жидкостных скоплений, распространенности некроза. Согласно данным авторов, течение острого панкреатита у пациентов, относящихся к классу А или В по компьютерно-томографической классификации Balthazar, легкое и без осложнений, большинство осложнений наблюдается у пациентов, относящихся к классам D или E [4].

Цель

Ретроспективный анализ данных КТ-индекса Balthazar и результатов комплексного лечения пациентов с ОП тяжелой степени в У «Гомельская областная клиническая больница» за 2020–2021 гг.

Материал и методы исследования

Проведен ретроспективный анализ результатов лечения пациентов с острым панкреатитом в У «ГОКБ» за период 2020–2021 гг. В исследование были включены 26 пациентов с острым панкреатитом тяжелой степени. Создана электронная база, статистическая обработка данных проведена с применением статистической программы «Statistica 10.0». Результаты выражали в виде М (25; 75) %. Мужчин было 15 (57,7 %), женщин — 11 (42,3 %). Средний возраст пациентов составил 52 (38; 60) года.

Результаты исследования и их обсуждение

Среди этиологических факторов у пациентов с ОП тяжелой степени 8 (30,8 %) пациентов указывали на употребление алкоголя, погрешность в питании отметили 6 (23,1 %), у 12 (46,1 %) пациентов имелась желчекаменная болезнь (ЖКБ). В различные сроки от начала заболевания были переведены из районных больниц 76,9 %. С диагностической целью 21 (80,8 %) пациентам была проведена КТ с контрастированием. Исследование было проведено в среднем на 13 (5; 19) сутки.

По КТ-шкале Balthazar стадия D была установлена у 2 (9,5 %) пациентов, стадия E — 13 (61,9 %) пациентов, не классифицировано по Balthazar — 6 (28,6 %). Некроз 6 баллов (более 50 %) — 6 (28,6 %), некроз 4 балла (30–50 %) — 6 (28,6 %), некроз 2 балла (менее 30 %) — 3 (14,3 %).

Локализация некроза: головка ПЖ — 3 (14,3 %), тело и (или) хвост ПЖ — 5 (23,8 %), субтотальный ПН — 7 (33,3 %), не классифицировано по Balthazar — 6 (28,6 %).

Пациенты были разделены на 2 группы в зависимости от конфигурации некроза и в 1-ю группу объединены больные (n = 12), у которых дистальнее некроза располагалась жизнеспособная паренхима железы, во 2-ю группу — 5 пациентов с некрозом хвоста, за которым жизнеспособная паренхима отсутствовала. У 12 пациентов с 1 типом конфигурации некроза (головка, перешеек, тело, начальный отдел хвоста железы) летальность составила 66,7 % (8 человек), 2 тип (некроз хвоста) у 5 пациентов — летальность составила 20 % (1 человек).

КТ-данные пациентов свидетельствуют как о большом объеме некротического поражения ПЖ так и о наличии воспалительных изменений, наиболее значимые из которых определяются числом жидкостных скоплений.

Таблица 1 — Распределение пациентов по характеру поражения поджелудочной железы (ПЖ) в %

Характер поражения ПЖ и окружающих тканей	Количество пациентов	%
Острый деструктивный панкреатит (ОДП), гнойно-некротический парапанкреатит, оментобурсит	6	23,1 %
ОДП, гнойно-некротический парапанкреатит, заброшенная флегмона	3	11,5 %
Панкреонекроз (ПН), оментобурсит, ферментативный перитонит	5	19,2 %
ПН, абсцесс сальниковой сумки	4	15,4 %
ПН, забрюшинная флегмона	8	30,8 %
Всего	26	100 %

Как следует из представленных данных в таблице 1, ПН наблюдался в 65,4 % случаев, наиболее часто ПН осложнялся забрюшинной флегмоной, реже оментобурситом, ферментативным перитонитом, абсцессом сальниковой сумки.

Всем пациентам проводилась антибактериальная терапия, позволяющая отодвинуть сроки оперативного вмешательства. Как малоинвазивный этап, лечебно-диагностическая чрескожная пункция и дренирование сальниковой сумки под контролем УЗИ была выполнена 6 (23,1 %) пациентам и забрюшинного

пространства — 3 (11,5 %), в дальнейшем пациентам была выполнена лапаротомия и (или) люмботомия. Лечебно-диагностическая лапароскопия была выполнена 4 (15,4 %) пациентам, видеоассоциированная некрсеквестрэктомия — 1 (3,8 %). Без малоинвазивных методов оперировано 8 (30,8 %) человек. Необходимость в оперативном лечении острого панкреатита возникала у пациентов с D и E степенями по шкале Balthazar.

Средняя продолжительность лечения пациентов составила 46 (17;79) суток (46 % пациентов пребывали в стационаре более 50 дней). Выписаны с улучшением 11 (42,3 %) пациентов, летальный исход — 15 (57,7 %) человек, из них было неоперировано 4 (15,4 %) сроки госпитализации умерших — 20 (13; 26) суток.

Выводы

1. Все пациенты с ОП тяжелой степени имели КТ-индекс Balthazar D и E, что свидетельствует о большом объеме некроза ПЖ так и о наличие воспалительных изменений, наиболее значимые из которых определяются числом жидкостных скоплений.

2. Использование шкалы Balthazar в ультразвуковой диагностике позволяет прогнозировать степень тяжести острого панкреатита и выявлять группу пациентов с высоким риском развития осложнений.

3. Необходимость в оперативном лечении острого панкреатита возникает у пациентов со степенью по шкале Balthazar D и E. При лечении пациентов с панкреонекрозом, первым этапом предпочтительно выполнять пункционно-дренирующие вмешательства, в дальнейшем выбор способа оперативного лечения должен зависеть от характера патологического процесса и локализации гнойной полости.

4. У пациентов с 1 типом конфигурации некроза отмечается большая летальность по сравнению со 2 типом, конфигурация некроза ПЖ является важным критерием в новой классификации ОП, определяющим дифференцированный подход к лечению больных.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Yadav, D.* The epidemiology of pancreatitis and pancreatic cancer / D. Yadav, A. Lowenfels // *Gastroenterology*. 2013. Vol. 144, № 6. P. 1252–1261.
2. Тактика этапного комбинированного хирургического лечения острого некротизирующего панкреатита / А. А. Литвин [и др.] // *Актуальные вопросы хирургии: материалы XIV съезда хирургов Республики Беларусь* / под ред. А. Н. Косинца. Витебск: ВГМУ, 2010. С. 212.
3. Диагностика повреждения протока поджелудочной железы при остром панкреатите / Т. Г. Дюжева [и др.] // *Анналы хирургической гепатологии*. 2021. Т. 26, № 2. С. 15–26.
4. *Balthazar, E.* Acute pancreatitis: assessment of severity with clinical and CT evaluation / E. Balthazar // *Radiology*. 2002. Vol. 223, № 3. P. 603–613.

УДК 616.447-007.61-07-089.87:616.61-036.12-78

3D-МОДЕЛИРОВАНИЕ И ИНТРАОПЕРАЦИОННАЯ НАВИГАЦИИ ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С ТРЕТИЧНЫМ ГИПЕРПАРАТИРЕОЗОМ

Капитонова С. А.

**Научные руководители: д.м.н., профессор И. В. Макаров;
аспирант кафедры Д. О. Карпова**

**Федеральное государственное бюджетное
образовательное учреждение высшего образования
«Самарский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
г. Самара, Российская Федерация**

Введение

В структуре заболеваемости хроническая болезнь почек (ХБП) занимает особое место. По данным ВОЗ у 12 % населения мира выявляется ХБП [1]. При