

СЕКЦИЯ 9
«ХИРУРГИЧЕСКИЕ БОЛЕЗНИ. ДЕТСКАЯ ХИРУРГИЯ.
СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТАЯ ХИРУРГИЯ»

УДК 616.366-002-036.11-052(476.2)

**РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ХОЛЕЦИСТИТА
У ВЗРОСЛЫХ ПАЦИЕНТОВ ГОМЕЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ**

Ананченко О. И., Жарикова А. О.

Научный руководитель: старший преподаватель Д. М. Адамович

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

Введение

Желчнокаменная болезнь (ЖКБ) по праву считается одним из самых распространенных заболеваний, уступая лишь атеросклерозу, но опережая язвенную болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки. На сегодняшний день такая форма ЖКБ, как острый холецистит (ОХ), в структуре острых заболеваний органов брюшной полости является одним из наиболее значимых [1, 2].

Первая холецистэктомия выполнена С. Langen buch в 1882 г., и за 140-летнюю историю лечебная тактика при ОХ менялась неоднократно и весьма радикально — от полностью консервативной терапии до активно-выжидательной тактики, включая различные виды паллиативных вмешательств, направленных на решение сиюминутных проблем спасения жизни пациента (пункция желчного пузыря, холецистостомия и т. д.). Но практически во всех случаях хирургическое лечение ОХ носило вынужденный ситуационный характер, отодвигая радикальное вмешательство на неопределенный срок, критерием которого являлось или развитие перитонеальной симптоматики, или полное купирование воспалительного процесса и последующее плановое вмешательство. Одним из ключевых факторов такого подхода к лечению ОХ является возраст пациентов и наличие сопутствующих интеркуррентных заболеваний. По данным разных источников, большинство пациентов с ОХ (>60 %) находятся в возрасте старше 50 лет и женщины страдают почти в 4 раза чаще мужчин [4–8].

Цель

Изучить половозрастную, клинико-морфологическую характеристику, а также проанализировать результаты лечения пациентов, поступивших для стационарного лечения по поводу острого холецистита.

Материал и методы исследования

Проведен ретроспективный анализ 68 медицинских карт пациентов, госпитализированных в 1-ое хирургическое отделение У «ГОКБ» с клиникой острого холецистита в период с 26.12.2019 по 08.01.2021. Среди исследуемых пациентов было 26 (38,24 %) мужчин и 42 (61,76 %) женщины. Средний возраст пациентов составил 59 ± 14 лет, минимальный возраст — 32 года, максимальный — 93 года. Статистическая обработка данных проводилась в программах «Microsoft Excel 2016», «Statistica» 8.0.

Результаты исследования и их обсуждение

Всем пациентам в полном объеме были проведены диагностические мероприятия в соответствии с клиническим протоколом МЗ РБ, не отходя и от мировых стандартов диагностики (клинические: жалобы, анамнез, осмотр и т. д.;

лабораторные (в т. ч. и биохимические): ОАК, определение групп крови по системам АВО и резус; определение уровней билирубина и т. д.; инструментальные (в т. ч. и лучевые) [3, 9]. Средние сроки от начала заболевания составили 22 ± 4 ч. Из числа исследуемых пациентов у 56 (82,4 %) имелась сопутствующая патология, представленная артериальной гипертензией различных степеней и этиологии, ишемической болезнью сердца (атеросклеротический и постинфарктный кардиосклероз), ожирением 2 и 3 степеней. Распределение пациентов с исследуемой хирургической патологией по полу и возрасту представлено в таблице 1.

Таблица 1 — Распределение хирургических пациентов по полу и возрасту

Возраст, лет	Кол-во пациентов (n/%)	Пол	
		жен. (n/%)	муж. (n/%)
Первый период зрелого возраста (21–35 лет)	4/5,88 %	4/9,52 %	0/0 %
Второй период зрелого возраста (35–60 лет)	30/44,12 %	17/40,48 %	13/50 %
Пожилой возраст (60–75 лет)	27/39,71 %	16/38,1 %	11/42,31 %
Старческий возраст (75–90 лет)	6/8,82 %	4/9,52 %	2/7,69 %
Долгожители (старше 90 лет)	1/1,47 %	1/2,38 %	0/0 %
Всего	68/100 %	42/61,76 %	26/38,24 %

Консервативно пролечены 5 (7,35 %) пациентов: 2 пациента отказались от предложенной операции после консервативного лечения и купирования острого холецистита, оставшиеся 3 (4,41 %) пациента, также после купирования острого калькулезного холецистита, ввиду наличия тяжелой сопутствующей патологии и возраста, были выписаны на амбулаторное лечение. После предоперационной подготовки 47 (69,12 %) пациентам была выполнена лапароскопическая холецистэктомия (ЛХЭ), послеоперационный период у них был без осложнений. Классическая открытая холецистэктомия была выполнена 16 (23,53 %) пациентам, из них 6 (8,82 %) пациентам была выполнена холедохостомия по Пиковскому, одному пациенту (1,47 %) потребовалась санация брюшной полости в связи с наличием разлитого перитонита. В этой группе у 1 (1,47 %) пациента послеоперационная рана зажила вторичным натяжением.

Послеоперационный диагноз: острый катаральный калькулезный холецистит — у 9 (13,23 %) пациентов, острый флегмонозный калькулезный холецистит встретился в 38 (55,88 %) случаях, острый гангренозный — 15 (22,06 %) пациентов, острый гангренозно-перфоративный у одного пациента (1,47 %).

У пациентов после лапароскопической холецистэктомии среднее количество проведенных койко-дней составило 12 ± 2 , послеоперационный — 8 ± 1 день. Пациенты, оперированные открытым способом, общее пребывание было — 14 ± 1 койко-дней, послеоперационный период — 12 ± 1 койко-дней.

Выводы

Среди госпитализированных пациентов с острым калькулезным холециститом преобладают женщины в 1,61 раза. Большинство пациентов оперируется в стадии флегмонозного воспаления желчного пузыря (55,88 %). Лапароскопическая холецистэктомия в современной хирургии стала операцией выбора по поводу лечения ОХ, что связано с меньшей травматичностью тканей, меньшим риском развития послеоперационных осложнений и сокращением сроков послеоперационного периода в среднем на 33 %.

ЛИТЕРАТУРА

1. Петухов, В. А. Желчнокаменная болезнь и синдром нарушенного пищеварения / В. А. Петухов. М.: ВЕДИ, 2003. 128 с.
2. Быков, А. В. Активная хирургическая тактика у пожилых больных с острым холециститом / А. В. Быков, А. Ю. Орешкин, С. Ф. Захаров // *Анналы хирургической гепатологии*. 2002. № 1. С. 92–93.
3. Advances in the management of acute cholecystitis / D. Mou [et al.] // *Annals of gastroenterological surgery*. 2019. Т. 3, № 3. С. 247–253.
4. Conservative treatment for acute cholecystitis: clinical and radio graphic predictors of failure / O. Barak [et al.] // *Isr. Med. Assoc. J.* 2009. № 11 (12). С. 739–743.

5. Versus delayed laparoscopic cholecystectomy for people with acute cholecystitis / K. S. Gurusamy, C. Davidson // Cochrane Database Syst. Rev. 2013. № 6 (дата обращения 10.03.2022).
6. Совцов, С. А. Холецистит у больных высокого риска / С. А. Совцов, Е. В. Прилепина // Хирургия. Журнал им. Н. И. Пирогова. 2013. № 12. С. 18–23.
7. Острый холецистит / А. И. Черепанин [и др.]. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. 221 с.
8. The safety of a laparoscopic cholecystectomy in acute cholecystitis in high-risk patients older than sixty with stratification based on ASA score / N.-J. Yi [et al.] // Minim. Invasive Ther. Allied. Technol. 2006. Vol. 15 (3). P. 159–164.
9. Клинический протокол: Диагностика и лечение пациентов (взрослое население) с острым холециститом при оказании медицинской помощи в стационарных условиях / Постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь №46 от 01.06.2017.

УДК 616-089.819.843-77

**ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНАЯ ОЦЕНКА КЛЕТОЧНЫХ И ТКАНЕВЫХ РЕАКЦИЙ
НА МОДИФИЦИРОВАННЫЙ ПОЛИПРОПИЛЕНОВЫЙ ЭНДОПРОТЕЗ**

Артюшков Е. А., Лызиков А. А., Надыров Э. А.

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

Введение

В современной герниологии растет число операций, когда используют синтетические материалы. Использование инородных материалов, с одной стороны, уменьшает количество рецидивов, но с другой — увеличивает количество осложнений со стороны послеоперационной раны [1]. На сегодняшний день в качестве материала для ненатяжной герниопластики используется полипропилен. Опыт применения в течение многих лет выявил недостатки. Имплантация полипропиленовых эндопротезов приводит к выраженной воспалительной реакции с преобладанием экссудативного компонента, что приводит к образованию сером и риском их инфицирования [2]. В нашем исследовании герниопластика послеоперационных вентральных приводила к осложнениям в 5 % случаев. Наблюдались такие осложнения, как серомы, лигатурные свищи, лигатурные абсцессы, инфильтрат и гематома послеоперационной раны [3]. Одним из основных способов профилактики инфекционных осложнений при хирургическом лечении грыж передней брюшной стенки является антибиотикопрофилактика. Ряд авторов доказывают преимущества применения биологически активного (антимикробного) шовного материала [4], есть указания на перспективность применения полипропиленового эндопротеза из монофиламентных волокон, покрытого биополимером с импрегнированным в него антибиотиком [5]. Ведется поиск новых и совершенствование уже имеющихся материалов для герниопластики.

Цель

Оценить клеточную и тканевую реакцию на имплантацию модифицированного полипропиленового эндопротеза.

Материал и методы исследования

Экспериментальная оценка клеточных и тканевых реакций проводилась на лабораторных белых крысах в возрасте 3 месяцев и весом 200-240 грамм. Под общей анестезией раствором хлороформа выполняли разрез кожи в области средней линии спины и тупым рассечением делали по одному карману с каждой стороны. Основание кармана располагалось на расстоянии более 10 мм от линии разреза. В каждый карман помещали по одному импланту 10×10 мм каждый. Все животные были разделены на 2 группы в зависимости от вида, имплантируемого эндопротеза. Первая группа — контрольная (n = 20), которой имплантировали полипропиленовый эндопротез без покрытия. Вторая группа — опытная (n = 20), которой имплантировали модифицированный полипропилен-