

## **Выводы**

Метод коррекции стриктуры мочеточника не влияет на выживаемость графтов. Количество лейкоцитов в ОАМ статистически больше при малоинвазивном методе коррекции. После выполнения открытой операции снижение уровня креатинина прошло более эффективно. Продолжительность госпитализации значительно больше после проведения реУНЦА.

## **СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ**

1. Gomes, G. Ureteric Stent in Renal Transplantation / G. Gomes, P. Nunes, D. Castelo // Transplantation Proceedings. – 2013. – Vol. 45, iss. 3. – P. 1099–1101.
2. Сайдулаев, Д. А. Профилактика и хирургические методы лечения урологических осложнений у реципиентов почки / Д. А. Сайдулаев, И. А. Милосердов, С. В. Готье // Вестник трансплантологии и искусственных органов. – 2019. – Т. 21, № 3. – С. 166–173.
3. Kumar, S. Long-term graft and patient survival after balloon dilation of ureteric stenosis after renal transplant: a 23-year retrospective matched cohort study / S. Kumar, J. H. Jeon, A. Hakim // Radiology. – 2016. – Vol. 281, iss. 1. – P. 301–310.
4. Stühler, V. Surgical reconstruction of the ureter / V. Stühler, J. Bedke, A. Stenzl // Urologe. – 2019. – Vol. 58, iss. 6. – P. 651–657.

**УДК 616.366-003.7-08-052**

**А. А. Лытко**

*Научный руководитель: старший преподаватель Д. М. Адамович*

*Учреждение образования*

*«Гомельский государственный медицинский университет»*

*г. Гомель, Республика Беларусь*

## **РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ХОЛЕДОХОЛИТИАЗОМ**

### **Введение**

В настоящее время желчекаменная болезнь (ЖКБ) является одной из самых распространенных в хирургической гастроэнтерологии. В развитых странах этим заболеванием страдает каждая пятая женщина и каждый десятый мужчина. В пожилом возрасте эти различия нивелируются. Около 25 % мирового населения старше 60 лет и треть населения после 70 лет страдают желчекаменной болезнью. Холедохолитиаз (ХоЛ) по данным разных авторов встречается у 1–18 % пациентов с ЖКБ [1,2].

У 35 % больных с ЖКБ в конечном итоге появляется какая-либо симптоматика заболевания и его осложнения, которые требуют оперативного лечения. Одним из таких осложнений является миграция камней из желчного пузыря в холедох, что ведет к развитию вторичного ХоЛ, и наблюдается у 10–15 % пациентов, оперируемых по поводу ЖКБ. Однако конкременты в общем желчном протоке могут появляться и самостоятельно, то есть первично, что наблюдается значительно реже [2, 3].

Существует множество методов оперативного лечения ХоЛ. К основным из них относятся: различные реконструктивные операции ((РО) холедоходуоденоанастомоз, холедохоеюноанастомоз), эндоскопическая папиллосфинктеротомия (ЭПСТ) как самостоятельный вид операции у определенной категории пациентов, так и в сочетании с операциями на желчном пузыре: холецистэктомия из мини-доступа (МХЭ), лапароскопическая холецистэктомия (ЛХЭ) [1–4].

### **Цель**

Изучить результаты лечения пациентов, поступивших для стационарного лечения, с желчекаменной болезнью и холедохолитиазом с учетом половозрастной и клинико-морфологической характеристик.

### **Материал и методы исследования**

Проведен ретроспективный анализ результатов лечения пациентов с холедохолитиазом, госпитализированных в 1-е хирургическое отделение УГОКБ за период с 01.01.2018 по 10.03.2022. Общее количество пациентов составило 237 человек. Среди них 178 (75,11 %) были женщины и 59 (24,89 %) – мужчины. Средний ИМТ пациентов  $28,58 \pm 6,51$  кг/м<sup>2</sup>. Среднее количество дней в стационаре – 18 (11;18). Средний возраст составил 65,2 (52;68) и находился в пределах от 20 до 96 лет, причем 66,2 % составляли пациенты старше 60 лет. Диагноз ставился на основании клинико-anamnestических, лабораторных и инструментальных данных.

Статистический анализ проводился с использованием пакета прикладного программного обеспечения Microsoft Excel 2016.

### **Результаты исследования и их обсуждение**

Консервативно пролечены 28 (11,8 %) пациентов: 24 (10,1 %) госпитализированных отказались от предложенного оперативного лечения после консервативной терапии и купирования болевого синдрома, воспалительных явлений, нормализации лабораторных показателей; у четырех (1,7 %) пациентов развилась ОПИ (в т. ч. у трех был выявлен вирус SARS-CoV-2). Они были пролечены консервативно и выписаны с рекомендацией на повторную госпитализацию после купирования катаральных явлений. Оперативными методами были пролечены 209 (88,2 %) пациентов. Всех прооперированных было решено разделить на 2 категории: пациенты, которым выполнили радикальные операции (РО, ХЭ, ЛХЭ, МХЭ) – 124 (59,3%) человека и которым провели малоинвазивные вмешательства (ЭПСТ, чрескожное чреспеченочное дренирование желчевыводящих путей, холецистостомию) – 85 (40,7 %). Всех госпитализированных из первой категории было решено разделить на 4 группы в зависимости от проводимого оперативного лечения. В первую группу вошли пациенты, которым были выполнены РО. Во вторую группу были включены госпитализированные, которым было проведено двухэтапное лечение: сначала ХЭ или ЛХЭ, затем ЭПСТ. Пациенты, которым первым этапом выполнили ЭПСТ, а вторым радикальную операцию, были включены в третью группу. Четвертая группа вовлекла в себя госпитализированных с проведенной ХЭ из различных доступов и интраоперационной ЭПСТ (ИОЭПСТ). Данные представлены в таблице 1.

Таблица 1 – Распределение пациентов по возрасту в зависимости от вида оперативного лечения

Возраст, лет/ Вид оперативного лечения	Общее кол-во (n/%)	РО (n/%)	ХЭ/ЛХЭ → ЭПСТ (n/%)	ЭПСТ → ХЭ/ЛХЭ/МХЭ/РО (n/%)	ХЭ/ЛХЭ + ИОЭПСТ (n/%)
Первый период зрелого возраста (21–35 лет)	17/8,1 %	1/0,5 %	1/0,5 %	13/6,2 %	2/1 %
Второй период зрелого возраста (35–60 лет)	43/20,6 %	8/3,8 %	8/3,8 %	24/11,5 %	3/1,4 %
Пожилой возраст (60–75 лет)	44/21,0 %	23/11,0 %	1/0,5 %	20/9,6 %	0/0,0 %
Старческий возраст (75–90 лет)	20/9,6 %	10/4,8 %	3/1,4 %	7/3,3 %	0/0,0 %
Долгожители (старше 90 лет)	0/0,0 %	0/0,0 %	0/0,0 %	0/0,0 %	0/0,0 %
Всего	124/59,3 %	42/20,1 %	13/6,2 %	64/30,6 %	5/2,4 %

Пациентов из 2-й категории (которым провели только малоинвазивные вмешательства) разделили на 3 группы. В первую вошли госпитализированные с основным диагнозом холедохолитиаз (постхолецистэктомический синдром и хронический бескаменный

холецистит). Во вторую группу – пациенты с холедохолитиазом и калькулезным холециститом (КХ). В 3 группу были включены пациенты, которым выполнили другие малоинвазивные операции (чрескожное чреспеченочное дренирование желчевыводящих путей, холецистостомия). Данные представлены в таблице 2.

Таблица 2 – Пациенты, которым провели только малоинвазивные вмешательства

Возраст, лет/ Диагноз и операции	Общее кол-во (n/%)	ХоЛ и ЭПСТ (n/%)	ХоЛ + КХ и ЭПСТ (n/%)	Малоинвазивные операции (n/%)
Первый период зрелого возраста (21–35 лет)	6/2,9 %	3/1,4 %	3/1,4 %	0/0,0 %
Второй период зрелого возраста (35–60 лет)	14/6,7 %	7/3,3 %	7/3,3 %	0/0,0 %
Пожилой возраст (60–75 лет)	18/8,6 %	4/1,9 %	13/6,2 %	1/0,5 %
Старческий возраст (75–90 лет)	39/18,7 %	7/3,3 %	32/15,3 %	0/0,0 %
Долгожители (старше 90 лет)	8/3,8 %	0/0,0 %	7/3,3 %	1/0,5 %
Всего	85/40,7 %	21/10,0 %	62/29,7 %	2/1 %

Поскольку возраст более 40 лет считается одним из факторов риска развития ЖКБ, то при описании причин отказа от радикального хирургического решения было решено разделить пациентов из 2-й группы (с ХоЛ и КХ) на 2 подгруппы (младше 40 лет и старше 40 лет) [2]. Четырем пациентам в возрасте до 40 лет не были проведены полостные операции по следующим причинам: один отказался, у двух выявили ОРИ, у одной пациентки была беременность (3 триместр). 58 пациентов старше 40 лет не были прооперированы: 24 отказались, у 31 были тяжелые сопутствующие патологии (декомпенсированная сердечно-сосудистая патология, ОНМК в анамнезе и пожилой возраст). ОРИ выявили у трёх человек (в т. ч. у двух SARS-CoV-2). После купирования катаральных явлений, пациентам с ОРИ была рекомендована госпитализация для выполнения основного этапа операции (холецистэктомии).

Также было проанализировано время, которое пациенты провели в стационаре в зависимости от вида проводимого оперативного лечения, которое представлено в таблице 3.

Таблица 3 – Среднее количество койко-дней в зависимости от вида оперативного лечения

Вид оперативного лечения	РО	ХЭ/ЛХЭ → ЭПСТ	ЭПСТ → ХЭ/ЛХЭ/МХЭ/РО	ХЭ/ЛХЭ + ИОЭПСТ	ЭПСТ
Кол-во койко-дней	24	20	24	21	13

Летальность составила 0,4 % (1 пациент): пациентка 85 лет (3-я степень ожирения, ИБС, АГ, Н2А) с ПХЭС, у которой во время выполнения ЭПСТ произошло вклинение корзинки Dormia с камнем, была прооперирована в экстренном порядке – выполнена реконструктивная операция. В послеоперационном периоде развилась полисегментарная пневмония, острое повреждение почек, прогрессировала сердечно-сосудистая недостаточность.

### **Выводы**

Результаты исследования показали, что ЖКБ остается актуальным вопросом современной хирургии и гастроэнтерологии. Значительная часть операций (38,10 %) по поводу ЖКБ в сочетании с холедохолитиазом выполняется пациентам в трудоспособном возрасте. ЭПСТ является эффективным способом разрешения осложнений, связанных с ЖКБ, может выполняться как до радикальных операций, так и после; в ряде случаев, ввиду наличия тяжелой сопутствующей патологии, позволяет ликвидировать угрозу для жизни. Также ЭПСТ в чистом виде позволяет сократить койко-дни в 1,77 раза.

## СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Тамим, А. А. Холедохолитиаз (обзор литературы) / А. А. Тамим, А. Е. Климов // Вестник новых медицинских технологий. Электронное издание. – 2021. – № 3.
2. Щеголев, А. А. Желчекаменная болезнь: Учебно-методическое пособие / А. А. Щеголев. – М.: РНИМУ. 2015. – 35 с.
3. Цитцер, О. А. Сравнительная оценка методов оперативного лечения холедохолитиаза / О. А. Цитцер, П. Г. Непомнящих, К. С. Севостьянова // Наука и мир. Международный научный журнал. – 2016. – № 6. – С. 34–35.
4. Батюк, В. И. Современные принципы лечения пациентов с холедохолитиазом [Электронный ресурс] / В. И. Батюк, З. А. Дундаров // Актуальные проблемы медицины: сб. науч. ст. респ. науч.-практ. конф. и 27-й итоговой науч. сессии Гомел. гос. мед. ун-та, Гомель, 2–3 нояб. 2017 г. / Гомел. гос. мед. ун-т; редкол.: А. Н. Лызиков [и др.]. – Гомель: ГомГМУ, 2018. – С. 71–73.

**УДК 616.34-005.1**

**А. А. Малевич, Д. С. Трубка**

*Научный руководитель: к.м.н., доцент И. Т. Цилиндзь*

*Учреждение образования*

*«Гродненский государственный медицинский университет»*

*г. Гродно, Республика Беларусь*

## СТРУКТУРА ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ

### ***Введение***

Увеличивается количество пациентов с гастродуоденальными кровотечениями, возрастает частота язвенных кровотечений, вопросы лечебной тактики при острых гастродуоденальных кровотечениях остаются актуальными и требующими обсуждения [1].

### ***Цель***

Изучение структуры гастродуоденальных кровотечений, проведение анализа оказания помощи и лечебной тактики.

### ***Материал и методы исследования***

Проведен анализ лечения 637 пациентов с острыми гастродуоденальными кровотечениями. Из них у 351 (55,1 %) пациента причиной кровотечения явились желудочно-дуоденальные язвы, у 120 (18,8 %) – варикозно расширенные вены пищевода и кардинального отдела желудка, у 84 (13,2 %) – синдром Мелори – Вейса, у 26 (4,1 %) – эрозивный гастрит, дуоденит, у 56 (8,8 %) – прочие причины (эзофагит, злокачественные новообразования желудка с распадом, изъязвленные полипы, язва гастроэнтероанастомоза).

В структуре желудочно-кишечных кровотечений у большинства пациентов (55,1 %) причиной явилась гастродуоденальная язва. Она была локализована в двенадцатиперстной кишке в 217 случаях (61,9 %), в 134 (38,1 %) – в желудке. Хроническая язва была у 290 пациентов (82,7%), у 61 (17,3 %) – язва была острой. По половому признаку пациенты распределялись следующим образом: мужчин – 244 (69,5 %), женщин – 107 (30,5 %).

В первые 6 часов после появления симптомов кровотечения поступило 56 пациентов (15,9 %), через 6–24 часа – 82 (23,3 %), позже 24 часов – 213 (60,8 %). Эзофагогастродуоденоскопия была выполнена у всех 637 пациентов.

После локализации источника кровотечения выполнялся эндоскопический гемостаз.

### ***Результаты исследования и их обсуждение***

У пациентов с язвенными кровотечениями признаки продолжающегося кровотечения диагностированы в 199 случаях (56,8 %), у 152 (43,2 %) – состоявшегося. У всех пациентов с продолжающимся кровотечением применен эндоскопический гемостаз, наиболее эффективным клипирование кровоточащего сосуда. В связи является с рецидивом кровотечения в стационаре или продолжающимся кровотечением оперативное вмешательство выполнено у 11 (3,1 %) пациентов.