

Выводы

1. У крыс с моделированием буллезной эмфиземы (группа № 2) с использованием поляризационной микроскопии доказано достоверное ($p < 0,05$) понижение соотношения I/III типа коллагена относительно группы контроля (соответственно $1,046 \pm 0,019$ и $1,172 \pm 0,001$ у крыс группы № 1).

2. Модель буллезной эмфиземы приводит к достоверному ($p < 0,05$) снижению значений соотношений I и III типов коллагена, что доказывает форсированию патологических процессов в волокнах коллагена.

УДК 616.366-003.7-089

ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ЖЕЛЧЕКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ ПРИ ОКАЗАНИИ ПЛАНОВОЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

Рак А. Д., Гнедько К. А.

Научный руководитель: к.м.н., доцент *В. В. Берещенко*

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

По данным наблюдений в мире отмечается устойчивый прирост заболеваемости населения желчнокаменной болезнью (ЖКБ). По данным Всемирного конгресса гастроэнтерологов (2014 г.) ЖКБ встречается более чем у 10 % населения земного шара [1].

В настоящее время тактику лечения пациентов с ЖКБ принято определять в зависимости от клинической стадии: бессимптомного течения патологии; симптоматического холелитиаза (боли в правом подреберье, печеночная колика) и осложненного холелитиаза.

Методом выбора терапии симптоматической и осложнённой ЖКБ в желчном пузыре принято считать холецистэктомию, а в желчных протоках — эндоскопическую ретроградную папиллосфинктеротомию с литоэкстракцией конкрементов. Согласно последним данным, по числу оперативных вмешательств холецистэктомия стоит на втором месте в мире после аппендэктомии. Ежегодно в мире выполняется более 1,5 млн холецистэктомий [2].

Цель

Изучить характер выполненных операций у пациентов с диагнозом желчнокаменная болезнь в отделении хирургической гепатологии УЗ «Гомельская областная специализированная клиническая больница» за период с 2018 по 2019 гг.

Материал и методы исследования

Проведен ретроспективно анализ медицинских карт 283 пациентов, находившихся на лечении в отделении хирургической гепатологии УЗ «Гомельская областная специализированная клиническая больница» в течение 2018 г. Были изучены общие клинические лабораторные (общий анализ крови, общий анализ мочи), биохимические показатели (общий белок, общий билирубин, амилаза крови, щелочная фосфатаза (ЩФ), аспартатаминотрансфераза (АсАТ), аланинаминотрансфераза (АлАТ), гамма-глутамилтранспептидаза (ГГТП), сопутствующая патология пациентов. Определялся индекс массы тела (ИМТ) пациентов с ЖКБ. Полученный материал был обработан с использованием пакетов прикладных программ «Microsoft Excel 2016» (Microsoft Corporation, США) и «Statistica» 10.0 (StatSoft Inc., США).

Результаты исследования и их обсуждение

В ходе исследования было выявлено, что чаще страдают желчнокаменной болезнью женщины — 242 (80,13 %), против — 60 (19,87 %) у мужчин. Средний возраст

женщин был 57,27 (21; 96) лет, у мужчин — 54,63 (21; 85) года. Общий средний возраст пациентов составил 56,82 лет.

При изучении лабораторных показателей перед оперативным вмешательством получены следующие результаты: эритроциты составили $4,1 [3,9; 4,4] \times 10^{12}$ /л, гемоглобин — 125,0 [118,0; 134,0] г/л, лейкоциты — $5,8 [4,9; 6,9] \times 10^9$ /л, палочкоядерные лейкоциты — 2 [1; 4] %, сегментоядерные — 64 [57; 69] %, СОЭ — 13 [6; 24] мм/ч, общий белок — 68 [65; 71] г/л, общий билирубин — 13,6 [10,2; 20,7] мкмоль/л, амилаза крови — 48,1 [35,7; 61,5] Ед/л, ЩФ — 137,8 [81; 207] Ед/л, АсАТ — 30,5 [24,3; 46,2] Ед/л, АлАТ — 31,4 [21,5; 58,3] Ед/л, ГГТП — 35 [20; 136,5] Ед/л.

При изучении ИМТ у пациентов ее медиана составила 29 [27; 34]. У 30 (9,93 %) пациентов ИМТ была ниже 25. Из них 7 (2,32 %) пациентов — лица мужского пола и их ИМТ был ниже 25.

Все 302 пациента поступили в плановом порядке для выполнения лапароскопической холецистэктомии при наличии конкрементов в желчном пузыре или холедохолитотомии при выявлении холелитиаза в желчных протоках. При хроническом калькулезном холецистите 265 (87,75 %) пациентов оперированы лапароскопически. Чрезкожная чрезпеченочная холецистостомия была выполнена 1 (0,33 %) пациенту 82-х лет с тяжелой сердечно-сосудистой патологией (фибрилляция предсердий и т.д.) и наличием механической желтухи. С использованием набора мини-ассистент из мини-доступа холецистэктомия была произведена у 1 (0,33 %) пациента. Таким образом, послеоперационный диагноз хронического калькулезного холецистита был выставлен у 268 (88, %) пациентов. У 15 (4,97 %) больных, несмотря на отсутствие выраженных клинических и лабораторных проявлений интраоперационно были случаи острого калькулезного холецистита. Острый флегмонозный холецистит на операции был выявлен у 11 (3,64 %) пациентов, острый гангренозный холецистит — у 4 (1,32 %) больных. Несмотря на выявленные интраоперационно деструктивные изменения в желчном пузыре, все пациенты с острым калькулезным холециститом были оперированы лапароскопически.

У 19 (6,29 %) пациентов холелитиаз был локализован и в общем желчном или общем печеночном протоке. Женщин было 12 (3,97 %), мужчин — 7 (2,32 %). Всем 19 пациентам была выполнена холедохолитотомия из мини-доступа в правом подреберье, произведена интраоперационная эндовидеофиброхолангиоскопия для контроля извлечения конкрементов и наличия сопутствующей патологии желчных протоков с последующим наложением холедоходуоденоанастомоза по Юрашу.

Выводы

1. В нашем исследовании ЖКБ чаще страдают женщины (80,13 %), средний возраст которых 57 лет.
2. В 93,71 % случаев конкременты при ЖКБ локализируются изолированно в желчном пузыре.
3. В отделении хирургической гепатологии ГОСКБ в лечении ЖКБ, при локализации конкрементов изолированно в желчном пузыре, преобладает лапароскопическая холецистэктомия — 92,72 %.

ЛИТЕРАТУРА

1. Быстров, С. А. Миниинвазивные операции в лечении желчнокаменной болезни у пациентов с повышенным операционным риском / С. А. Быстров // Хирургия. Журнал им. Н. И. Пирогова. — 2010. — № 7. — С. 55–59.
2. Тонких, Ю. Л. Холелитиаз: современное состояние проблемы / Ю. Л. Тонких // Забайкальский медицинский вестник. — 2014. — № 2. — С. 144–148.