

Послеоперационный период протекал без осложнений, в удовлетворительном состоянии пациент выписан на амбулаторное лечение по месту жительства.

Результаты исследования и их обсуждение

В послеоперационном периоде у всех 5 пациентов осложнений отмечено не было. Удаление наружного дренажа проводилось на 16–17 сутки. Среднее количество койко-дней составило 35 ± 14 дней. Все пациенты выписаны в удовлетворительном состоянии под наблюдение хирурга по месту жительства. Повторных поступлений, рецидива болевого симптома и желтухи не отмечено.

Таким образом, использование данного метода хирургического лечения позволяет адекватно одномоментно выполнить внутреннее дренирование ОЖП, кисты головки поджелудочной железы и панкреатической системы.

Выводы

Предложенный метод обладает рядом преимуществ:

1. Не требуется 2 изолированные петли тонкой кишки для формирования отдельных панкреатоцистоюноанастомоза и холедохоеюноанастомоза.

2. Осуществляется декомпрессия, как протоковой системы и кистозных образований поджелудочной железы, так и желчевыводящих протоков.

3. Уменьшается время оперативного вмешательства, за счет более быстрого наложения холедохоцистоанастомоза.

4. Данный способ может быть осуществлен при холангите с инфильтративно-воспалительными изменениями стенки общего желчного протока и при любом его диаметре.

5. Осуществляется декомпрессия сформированных анастомозов через наружный дренаж.

ЛИТЕРАТУРА

1. Альперович, Б. И. Лечение кист и свищей поджелудочной железы / Б. И. Альперович, В. Ф. Цхай, Г. Н. Хабас // *Анналы хирургической гепатологии*. — 2000. — Т. 5, № 1. — С. 70–76.
2. Кудряшова, И. В. Ранняя диагностика хронического панкреатита с позиции использования ультразвуковой томографии и индекса качества жизни: учеб.- метод. рекомендации / И. В. Кудряшова. — Смоленск, 2003. — 23 с.
3. Сажин, В. П. Принципы дифференцированного лечения острого панкреатита / В. П. Сажин, А. А. Авдобенко, В. А. Юрищев // *Вестник хирургии*. — 2004. — Т. 163, № 1. — С. 56–59.
4. Mori, T. Laparoscopic pancreatic cystgastrostomy / T. Mori, N. Abe, M. Sugiyama // *J Hepatobiliary Pancreat Surg*. — 2000. — № 7. — P. 28–34.

УДК 616-053.2-073.27:617.55-78

НОЗОЛОГИЧЕСКАЯ СТРУКТУРА ПАЦИЕНТОВ, НАХОДЯЩИХСЯ НА ПЕРИТОНЕАЛЬНОМ ДИАЛИЗЕ

Берещенко В. В., Беланова Ю. В., Бурда Е. А.

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

В последние десятилетия во всем мире отмечается тенденция к неуклонному росту числа пациентов, страдающих хронической болезнью почек (ХБП). ХБП занимает среди хронических неинфекционных болезней особое место, в связи с широким ее распространением от 10 % и выше в общей популяции. Число пациентов, имеющих терминальную почечную недостаточность, быстро растет как вследствие улучшения диагностики, так и из-за увеличения количества пациентов с сахарным диабетом 2-го типа, гипертонической болезнью и другими заболеваниями, вызывающими хроническую болезнь почек [1, 2, 3].

Как один из вариантов почечно-заместительной терапии с середины 70-х гг. XX в. начинает активно внедряться в практику лечения пациентов с терминальной стадией ХБП перитонеальный диализ (ПД) и становится одним из полноценных методов заместительной почечной терапии. В настоящее время около 3,2 млн пациентов получают ЗПТ в 150 странах мира. Важнейшими преимуществами этого метода являются непрерывная терапия и физиологически стабильное состояние пациентов. Однако нужно отметить, что, несмотря на многие потенциальные выгоды: свободный образ жизни, сохранение остаточной функции почек, экономия материальных ресурсов по сравнению с гемодиализом, «выживаемость» данного метода до сих пор остается ниже, чем у гемодиализа. Социальную значимость проблемы усиливают наблюдающиеся в последние годы тенденции к увеличению числа пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями и сахарным диабетом, одним из осложнений которых является ХБП [4, 5].

Цель

Провести анализ нозологических заболеваний, которые привели к развитию ХБП у пациентов, находящихся на ПД.

Материал и методы исследования

Ретроспективно были изучены медицинские стационарные карты пациентов с ХБП, находящихся на ПД в учреждении здравоохранения «Гомельская областная специализированная клиническая больница» за январь 2020 г. по сентябрь 2021 г. Данные были обработаны с использованием пакета прикладных программ Microsoft Excel 2016 (Microsoft Corporation, США). Полученные результаты представлены в виде абсолютных, средних величин и процентов.

Результаты исследования и их обсуждение

За отчетный период времени перитонеальный диализ получало 59 пациентов. Средний возраст пациентов составил 58 лет. Женщин было 30 (50,8 %), мужчин — 29 (49,1 %) пациентов. Из них преобладали люди трудоспособного возраста (20–65 лет) — 31 (52,5 %), старше 66 лет было 28 (47,5 %) пациентов. На сентябрь 2021 г. умерло 26 (44,07 ± 6,46 %) больных. Средний возраст умерших составил 67 лет. Трем пациентам (9,09 ± 5 %) произведена трансплантация почки, у 8 (24,24 ± 7,46 %) катетер был удален и один (3,03 ± 2,98 %) пациент переведен на гемодиализ. На момент исследования на ПД находилось 21 (35,59 %) человек.

В качестве почечно-заместительной терапии ПД от года до трех лет получали 30 (50,85 ± 6,51 %) пациентов, от 3 до 5 лет — 18 (30,51 ± 5,99 %), от 5 до 10 лет — 6 (10,17 ± 3,93 %) и более 10 лет — 5 (8,47 ± 3,63 %) пациентов.

В течение последнего года 20 (33,9 ± 6,16 %) пациентов перенесли диализный перитонит.

Количество госпитализаций за последний год составило: 1 — 35,59 ± 6,23 % (21 человек); 2 — 16,95 ± 4,88 % (10 человек); 3 — 10,17 ± 3,93 % (6 человек); 5 — 1,69 ± 1,68 % (1 человек), 6 — 1,69 ± 1,68 % (1 человек), 7 — 1,69 ± 1,68 % (1 человек).

Основным заболеванием, которое привело к развитию терминальной ХБП у наших пациентов, являются различные виды гломерулонефрита (мазангиально-пролиферативный гломерулонефрит, мембранозо-пролиферативный гломерулонефрит тубулоинтерстициальный нефрит) — 14 (23,73 ± 5,54%) случаев. Второе и третье место занимают, соответственно, различные заболевания сердечно-сосудистой системы (ишемическая болезнь сердца, артериальная гипертензия) — 12 (20,34 ± 5,24 %) и хронический пиелонефрит — 11 (18,64 ± 5,07 %) случаев.

Остальные заболевания в порядке убывания расположились следующим образом: сахарный диабет (диабетическая нефропатия) — 11,86 ± 4,21 % (7 случаев); поликистоз почек и печени — 6,78 ± 3,27 % (4 случая); подагра (подагрическая нефропатия) — 5,08 ± 2,86 % (3 случая); по одному случаю были пациенты с

СПИД ($1,69 \pm 1,68 \%$), с хроническим лимфолейкозом ($1,69 \pm 1,68\%$), с двухсторонней полисегментарной пневмонией COVID-19 ($1,69 \pm 1,68 \%$), с острой почечной недостаточностью ($1,69 \pm 1,68 \%$), с врожденным нефротическим синдромом ($1,69 \pm 1,68\%$), с заболеванием предстательной железы ($1,69 \pm 1,68 \%$), с атипичным гемолитико-уремическим синдромом ($1,69 \pm 1,68 \%$), с хронической ревматоидной болезнью сердца ($1,69 \pm 1,68\%$).

Выводы

Основной нозологической патологией приводящей к развитию терминальной стадии ХБП по нашим данным остаются различные виды гломерулонефрита — 23,73 %. Заболевания сердечно-сосудистой системы (20,34 %) и хронический пиелонефрит (18,64 %) занимают соответственно второе и третье место.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бикбов, Б. Т. Заместительная терапия терминальной хронической почечной недостаточности в Российской Федерации в 1998–2013 гг. Отчет по данным Российского регистра заместительной почечной терапии / Б. Т. Бикбов, Н. А. Томилина // Нефрология и диализ. — 2015. — Т. 17, № 3. — С. 5–111.
2. Шутов, А. М. Хроническая болезнь почек — глобальная проблема XXI века / А. М. Шутов // Клиническая медицина. — 2014. — Vol. 92, № 5. — P. 5–10.
3. United States Renal Data System 2011 Annual Data Report: Atlas of chronic kidney disease & end-stage renal disease in the United States / A. J. Collins [et al.] // Am. J. Kidney Dis. — 2012. — Vol. 59, № 1. — P. 1–420.
4. К вопросу о распространенности хронической болезни почек среди пожилых лиц в г. Москве и ее связи с сердечно-сосудистой патологией / Т. Н. Антонова [и др.] // Нефрология и диализ. — 2011. — Т. 13, № 3. — С. 353–354.
5. Шутов, А. М. Эпидемиология хронической болезни почек у больных хронической сердечной недостаточностью / А. М. Шутов, В. А. Серов // Клиническая Нефрология. — 2010. — Т. 1. — С. 44–48.

УДК 616.61-036.12+617.55-007.43]:577.152.34

УРОВЕНЬ МЕТАЛЛОПРОТЕИНАЗ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЧЕК И ПЕРВИЧНЫМИ ГРЫЖАМИ ЖИВОТА

Береценко В. В., Лызиков А. Н., Данкевич В. И.

Учреждение образования

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

Введение

Практически все клетки человеческого организма в той или иной степени продуцируют матриксные металлопротеиназы (ММП). Функция ММП многогранна и до конца не изучена. Они способствуют росту и развитию организма, освобождают пространство для миграции клеток в эмбриогенезе, участвуют во всех воспалительных реакциях, ангиогенезе, заживлении ран, обеспечивают ремоделирование тканей и поддерживают их архитектуру [1, 2]. ММП точно регулируется в нормальных физиологических условиях, но при нарушении регуляции они становятся причиной многих заболеваний, таких как остеопороз, остеоартриты, крипторхизм, диспластические синдромы, грыжи, варикозная болезнь, пролапсы тканей и органов, аневризмы и др. [3].

Активность большинства ММП очень низкая или незначительная в здоровых тканях, но их экспрессия контролируется ростовыми факторами, воспалительными цитокинами, мелатонином, гормонами и нейропептидами, физическим и оксидантным стрессом [2, 3]. Кроме того, в физиологических условиях ММП регулируется специфическими тканевыми ингибиторами металлопротеиназ (ТИМП), которые подавляют активность ММП путем образования комплекса с ними. Считается, что протеолитическая активность ММП определяется балансом между активной формой фермента и его специфическим ингибитором [2].

Имеется ряд исследований, предполагающих роль ММП и ТИМП в прогрессировании фиброзных изменений в почках [4]. Выявлено повышение уровня