

сравнению с пациентами ПГ2. При проведении дисперсионного анализа так же не обнаружено ассоциации полиморфного варианта T786C гена *e-NOS* с параметрами, оценивающими функцию эндотелия (ЭЗВД, уровень эндотелина-1) и с параметрами, оценивающими жесткость сосудистой стенки (СРПВ, КИМ, СЛСИ и сосудистый возраст). В литературе имеются сведения, что у лиц с генотипом CC T786C гена *e-NOS* прирост диаметра плечевой артерии меньше, а уровень эндотелина-1 – выше по сравнению с носителями генотипов TT и TC. [3]. В нашем исследовании мы не получили достоверных различий по исследуемым параметрам.

Выводы. У пациентов с АГ после перенесенного инфаркта головного мозга ассоциации полиморфного варианта T786C гена *e-NOS* с уровнем эндотелина-1, величиной ЭЗВД, толщиной КИМ, СРПВ, СЛСИ и сосудистым возрастом не прослеживалась.

ЛИТЕРАТУРА

1. Oparil, S. Pathogenesis of hypertension / S. Oparil, M. Amin Zaman, D. Calhoun // *Annals of Internal Medicine*. – 2003. – Vol. 139. – P. 761-776.

2. Safar, M. E. Central Pulse pressure and mortality in end stage renal failure / M. E. Safar [et al.] // *Hypertension*. – 2002. – Vol. 39. – P. 735-738.

3. Клинико-прогностическое значение полиморфизма гена эндотелиальной NO-синтетазы у больных с острыми коронарными синдромами / А.Н. Пархоменко [и др.] // *Медицина неотложных состояний*. - 2014. - № 3(58). - С. 45-53.

ЛАПАРОСКОПИЯ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ ДЕСТРУКТИВНЫМ ПАНКРЕАТИТОМ

Климович И.И.¹, Колоцей В.Н.², Страпко В.П.³

Гродненский государственный медицинский университет¹,

Гродненский государственный медицинский университет²,

УЗ «Городская клиническая больница скорой медицинской помощи г. Гродно»³

Актуальность. Острый деструктивный панкреатит (ОДП) остается одним из проблемных заболеваний в неотложной хирургии живота. Отмечается также увеличение числа пациентов с ОДП, которые составляют 15-60% от числа пациентов с острым панкреатитом и болеют им чаще люди трудоспособного возраста, средний возраст которых составляет от 25 до 50 лет [1, 2]. Хотя в настоящее время диагностика ОДП значительно улучшилась, однако остаются трудности в распознавании различных его форм, особенно до операции [3, 4]. Ошибки диагностики на догоспитальном этапе составляют 43-45%, а при поступлении в стационар - от 10-16% [5] до 40% [2].

Цель. Изучить и оценить роль лапароскопии в диагностике и лечении ОДП.

Методы исследования. За период с 2010 по 2018 г. в клинике на базе хирургического отделения БСМП г. Гродно обследовано и пролечено 85 пациентов с ОДП в возрасте от 32 до 83 лет (средний возраст 42,4 года). Диагностика ОДП включала учет анамнеза, клинических данных, лабораторных и инструментальных методов диагностики. Исследовали общий и биохимический анализы крови и мочи, определяя уровень панкреатических ферментов (амилазы, липазы, трипсина). Инструментальная диагностика включала ультразвуковое исследование (УЗИ) поджелудочной железы и брюшной полости, парапанкреатической и забрюшинной клетчатки. Применяли также рентгенографическое исследование, эзофагогастродуоденоскопию (ЭГДС), компьютерную, магнитно-резонансную томографию, лапароскопию. Результаты лечения оценивали по количеству и тяжести гнойных осложнений и показателю летальности.

Результаты и их обсуждение. Из 85 пациентов, леченных по поводу ОДП затруднение в диагностике мы имели у 24(28,2%) из-за разнообразия клинических проявлений, наличие атипичных форм течения этого заболевания и отсутствие патогномичных признаков острого панкреатита. Нами у этой группы пациентов проводилась диагностическая лапароскопия при которой был установлен диагноз ОДП с ферментативным перитонитом, что определило выбор рациональной тактики лечения пациентов. При наличии ОДП в начальной стадии нами проводилась санация и дренирование брюшной полости, а также производили забор выпота брюшной полости на содержание ферментов поджелудочной железы, определение микрофлоры и её чувствительность к антибактериальным препаратам. Если при лапароскопии имелись очаги стеатонекроза на брюшине, сальнике или корне брыжейки тонкого или толстого кишечника или обнаруживались очаги выраженного некроза тканей, то брали из этих участков биопсию для бактериологического исследования и выявления характера некроза. Все пациенты этой группы в дальнейшем получали консервативное комплексное лечение с применением антиферментных препаратов, дезинтоксикационной терапии и проведением форсированного диуреза или экстракорпоральной детоксикации, а также с целью профилактики вторичной инфекции применялась антибактериальная терапия с учетом чувствительности микрофлоры. Лечение проводилось в большинстве случаев в реанимационном отделении. В этой группе все пациенты выздоровели. Оперировано 34 (40,0%) пациентов в связи с развившимися клиническими признаками перитонита, которые подтверждены при УЗИ поджелудочной железы в которой обнаружены признаки некроза и вовлеченность в воспалительный процесс парапанкреатической и забрюшинной клетчатки, которым произведены лапаротомии, секвестрэктомии очагов деструкции из поджелудочной железы, парапанкреатической и забрюшинной клетчатки. Операции заканчивались санацией и марсупиализацией сальниковой сумки, санацией и дренированием забрюшинной клетчатки и брюшной полости. После операции умерло 9(26,5%) пациентов. Остальные пациенты 27(31,8%)

поступившие в стационар через 2-7 часов после начала заболевания, получали только консервативное комплексное лечение указанное выше. В этой группе умерли 2(7,4%) пациента 79 и 83 лет, у которых имелась сопутствующая сердечно-легочная патология и некомпенсированный сахарный диабет 2 типа.

Выводы.

1. Причинами затруднения в диагностике ОДП являются разнообразия клинических проявлений развития острого панкреатита, наличие атипичных форм течения этого заболевания и отсутствие патогномичных признаков острого панкреатита.

2. Среди оперированных широким лапаротомным доступом послеоперационная летальность 26,5%.

3. Лапароскопия является высокоинформативным методом диагностики различных форм острого панкреатита, а также по возможности позволяет выполнить необходимые малоинвазивные лечебные манипуляции, что снижает число более травматичных лапаротомных операций, а следовательно послеоперационных осложнений и летальность.

ЛИТЕРАТУРА

1. Савельев В.С. Острый панкреатит как проблема ургентной хирургии и интенсивной терапии / В.С. Савельев, М.И. Филимонов, Б.Р. Гельфанд и др. //Интенсивная терапия в хирургии. 2000. - Т. 2, №9. - С.11-16.

2. Панцырев Ю.М. Эндоскопическая ультрасонография (ЭУС) при остром некротическом панкреатите (ОНП) / Ю.М. Панцырев, С.Ю. Орлов, А.Г. Мельников, В.А. Душкина // Материалы 9 Всероссийского съезда хирургов 20-22 сентября 2000. Волгоград, 2000. - С.93-94.

3. Седов В.М. Новые технологии; в диагностике и лечении больных с острым панкреатитом / В.М. Седов, М.Б., Фишман, В.В. Юрлов // Материалы 9 Всероссийского съезда хирургов 20-22 сентября 2000. Волгоград, 2000. - С.106-107.

4. Malterthiner P. Clinical picture and diagnosis of acute pancreatitis / P. Malterthiner, T P. Kemmer // Hepatogastroenterology. 1991. - Vol. 38, № 2. - P.97-100.

5. Ballestra-Lopes C. Laparoscopy in acute biliary pancreatitis / C. Ballestra-Lopez, R. Ruggiero, I. Poves et all// Panminerva Med. 2001. - Vol. 43, № 4. - P. 233-237.