

вследствие чего развивается тяжелое нарушение микроциркуляции, что приводит к внутрисосудистой коагуляции, которая является причиной полиорганных функциональных и органических повреждений, в том числе развития дыхательной недостаточности, которая требует необходимости проведения продленной искусственной вентиляции легких, которая создает практически абсолютный риск развития госпитальной пневмонии и финал исхода.

**Выводы.** 1. Повышение концентрации липазы у пациентов с острым панкреатитом наступает раньше, чем амилазы, и остается повышенным в течение 8-13 суток.

2. Прогноз при ОП считается плохим, если уровень липазы в крови повышается в 9 раз и более.

3. Увеличение и рост уровня С-реактивного белка более чем 220 мг/л указывает на развитие ОДП, а увеличение его концентрации в динамике заболевания более чем на 25- 30 % от исходного уровня свидетельствует о развитии гнойных осложнений.

#### 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. Климович, И.И. Роль лабораторных показателей при диагностике и лечении острого деструктивного панкреатита / И.И. Климович, В.Н. Колоцей, В.П. Страпко, С.В. Юркевич // Актуальные проблемы биохимии: сборник материалов научно-практической конференции с международным участием, посвященной 60-летию создания кафедры биологической химии ГрГМУ, 31 мая 2019 г. - Гродно, 2019. - С.143-146

## СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ ОСТРОГО ХОЛЕЦИСТИТА

**Колоцей В.Н.<sup>1</sup>, Страпко В.П.<sup>2</sup>**

*Гродненский государственный медицинский университет<sup>1</sup>,*

*Гродненская клиническая больница скорой медицинской помощи г. Гродно<sup>2</sup>*

**Актуальность.** В настоящее время острый холецистит является одним из самых распространенных ургентных хирургических заболеваний. Современные экономические условия требуют точной диагностики и быстрого лечения пациента с максимально коротким сроком пребывания в стационаре. Уходит в прошлое длительное консервативное лечение в хирургическом стационаре. Современный этап развития хирургии характеризуется широким внедрением в клиническую практику новых высокотехнологичных диагностических методов и малоинвазивных хирургических вмешательств, расширяющих возможности

хирургического лечения пациентов и снижающих риск оперативного вмешательства.

**Цель.** Целью исследования является изучение целесообразности выполнения лапароскопической холецистэктомии по срочным показаниям при лечении острого холецистита.

**Методы исследования.** В данное исследование включены результаты обследования и лечения 535 пациентов с острым холециститом, находившихся на лечении в хирургическом отделении УЗ «ГКБ СМП г. Гродно» в 2014-2018 годах. Это были пациенты в возрасте от 21 до 88 лет. Мужчин было 174 (32,5%), женщин – 361 (67,5%). В клинических условиях проводилось комплексное обследование больных с применением общеклинических, лабораторных, рентгенологических, эндоскопических, ультразвуковых, функциональных и других методов.

**Результаты и их обсуждение.** В настоящее время хирурги на постсоветском пространстве формально придерживаются «активно-выжидательной» тактики, предполагающей деление пациентов клиническому течению и эффективности консервативного лечения три группы. Пациенты первой группы должны быть прооперированы по экстренным показаниям в течение 2-3 часов после соответствующей предоперационной подготовки. Пациенты второй группы подлежат консервативному лечению. Если в течение 24-72 часов консервативное лечение неэффективно, нарастают явления воспаления и интоксикации, больному показано срочное оперативное вмешательство. Пациентам третьей группы, у которых консервативное лечение эффективно (уменьшаются боли, исчезает интоксикация), проводится поздняя отсроченная операция после дополнительного обследования. За последние 20 лет совершенствование эндоскопических технологий, оснащение urgentных отделений современной лапароскопической техникой, обучение хирургов современным методикам позволяют ставить вопрос об изменении тактических подходов. Вопрос о выборе тактики лечения пациента с острым холециститом решается уже в первые часы пребывания в стационаре. Особенно опасны деструктивные формы острого холецистита, исход лечения которых напрямую зависит от своевременности определения показаний к оперативному вмешательству. Проведение комплексной диагностики не требует значительного времени и укладывается в несколько часов, в течение которых также проводится предоперационная подготовка. По нашему мнению, методом выбора является ранняя лапароскопическая холецистэктомия. Заниматься 1-3 суток консервативной терапией – это значит упускать драгоценное время, а при прогрессировании холецистита лапароскопическое вмешательство станет невозможным.

В нашей клинике 440 пациентов (82,2%) с острым холециститом были оперированы. Лапароскопическая холецистэктомия при остром холецистите была выполнена 370 пациентам (84,1%). Лапароскопические холецистэктомии выполнялись в 1-2 сутки от момента госпитализации, особое внимание

обращалось на сроки начала заболевания. Как правило, операции выполнялись в первые 72 часа от начала заболевания. При выборе способа оперативного вмешательства большое внимание уделяли оценке результатов ультразвукового исследования, в частности толщине стенки желчного пузыря. 70 пациентов (15,9%) были оперированы открытым путем, из них 47 оперированы по неотложным показаниям в первые 2-12 часов от момента поступления в стационар по причине острого деструктивного холецистита, осложненного перитонитом. 23 пациента были оперированы открытым путем на 2-3 сутки от момента поступления в стационар по причине острого холецистита вследствие неэффективности консервативной терапии, лапароскопическая холецистэктомия не предлагалась из-за перенесенных ранее оперативных вмешательств на верхнем этаже брюшной полости.

При анализе результатов лечения пациентов с острым холециститом в 2018 году установлено, что из 107 госпитализированных пациентов были оперированы 97 (90,7%), лапароскопическая холецистэктомия выполнена 85 пациентам (87,6%).

**Выводы.** Мы считаем, что наилучшим решением проблемы лечения острого холецистита в современных условиях является выполнение лапароскопической холецистэктомии по срочным показаниям. Преимущества применяемого нами в настоящее время подхода к лечению острого холецистита очевидны: сокращение средней длительности пребывания пациента на койке на 37,9%, экономия медикаментов, отсутствие необходимости повторной госпитализации для проведения планового оперативного лечения, что ведет к уменьшению сроков временной нетрудоспособности и значительному экономическому эффекту. Сравнивая статистические показатели 2014-2018 годов по отношению к аналогичным десятилетней давности, следует отметить, что оперативная активность при остром холецистите составила 82,2% против 44,4%, количество лапароскопических холецистэктомий возросло до 84,1% против 50,1%. Применяемая нами тактика, предполагающая активное внедрение лапароскопической холецистэктомии при лечении острого холецистита, позволила значительно снизить летальность (в последние годы до 0%), количество послеоперационных осложнений и улучшить качество жизни больных.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Ермолов, А.С. Острый холецистит: современные методы лечения / А.С. Ермолов, А.А. Гуляев // Лечащий врач. – 2005. – № 2. – Mode of access: <https://www.lvrach.ru/2005/02/4532087/>. – Date of access: 22.11.2019.
2. Затевахин, И.И. Неотложная абдоминальная хирургия: Методическое руководство для практикующего врача / И.И. Затевахин, А.И. Кириенко, А.В. Сажин // Москва: ООО «Медицинское информационное агентство», 2018. – 488 с.
3. Тактика оперативных технологий при остром холецистите / Н.Х. Мусабаев [и др.] // Вестник Казахского Национального медицинского университета. – 2015.

## ВЗАИМОСВЯЗЬ ОБМЕНА РЕТИНОЛА С МАРКЕРАМИ ФИБРОГЕНЕЗА НА РАЗНЫХ СТАДИЯХ ФИБРОЗА/ЦИРРОЗА ПЕЧЕНИ

Кондратович И.А.<sup>1</sup>, Божко Е.Н.<sup>2</sup>, Цыркунов В.М.<sup>1</sup>, Шулика В.Р.<sup>1</sup>

Гродненский государственный медицинский университет<sup>1</sup>,

Городская клиническая больница № 4 г. Гродно<sup>2</sup>

**Актуальность.** В крови ретинол находится в составе сложного комплекса, представляющего белково-липидные (ретинолсвязывающий белок, РСБ – ретинол) и белково-белковые (РСБ – тироксинсвязывающий преальбумин, ТСПА) соединения [1]. Значительное участие в обмене ретинола принимают перисинусоидальные липоциты (ПСЛ) печени, являющиеся основным тканевым хранилищем ретинола и главным участником фиброзообразования [2, 3]. Обмен витамина А в организме зависит от многих факторов: питания, состояния желудочно-кишечного тракта, печени, иных причин [4]. При хроническом воздействии на печень различных этиологических факторов происходит активация ПСЛ, трансформация их в миофибробласты и усиленный синтез различных белков и цитокинов, включая тромбоцитарный фактор роста ВВ (*PDGF-BB*) и трансформирующий ростовой фактор бетта-1 (*TGF-β<sub>1</sub>*) [5], которые признаны серологическими маркерами фиброза [6].

Одним из первых и наиболее изученных маркеров является *PDGF-BB*, рецепторы к которому расположены в сосудистой стенке на фибробластах и клетках гладкой мускулатуры, пролиферацию которых он стимулирует (самый сильный митоген), увеличивая продукцию составляющих компонентов соединительной ткани (гликозаминогликанов, коллагена и других) [7].

**Цель.** Установить взаимосвязь маркеров фиброза печени (*PDGF* и *TGF-β<sub>1</sub>*) с содержанием ретинола и ретинолсвязывающего белка 4 типа (РСБ-4) в крови у пациентов на разных стадиях фиброза печени.

**Методы исследования.** Исследование проводились на клинических базах УЗ «Гродненская областная инфекционная клиническая больница» и УЗ «Городская клиническая больница №4 г. Гродно». Объектом исследования были 48 взрослых пациентов среднего возраста 52,6 лет (мужчины 59%) с хроническими диффузными поражениями печени вирусной и алкогольной этиологии, которые с учетом выраженности фиброза печени были разделены на 4 группы: 1-я (15 пациентов) – фиброз печени I стадии (F1), 2-я (10 пациентов) – фиброз печени II стадии (F2), 3-я (13 пациента) – фиброз печени III стадии (F3), 4-я (10 пациентов) – фиброз печени IV стадии (F4) или цирроз печени.