

пациентов, ампутация стопы по Шарпу – у 5 (3,2%). Некрэктомии проводились у 72 (46,5%) пациентов, в том числе и повторные. Выписаны после проведенного лечения 940 (91,5%), из них – 622 (60,6%) с улучшением, 42 (4,1%) – переведены в сосудистое отделение, 318 (30,9%) с не значительным улучшением направлены на амбулаторное лечение. Умерло 45 (4,3%) пациентов.

Выводы.

1. Разработка подходов к ранней диагностике (до язвенно-некротического поражения стоп) и комплексного консервативного лечения, а также своевременная реваскуляризация – перспективные направления улучшения результатов лечения этих пациентов.

2. Консервативные методы лечения позволяют стабилизировать регионарный кровоток при первой и второй стадии КИНК.

3. При язвенно-некротических поражениях консервативные методы должны применяться как этап подготовки к операции, а в послеоперационном периоде регулярно через 3-6 месяцев амбулаторно и в стационаре продолжать лечение.

4. Проведенная реваскуляризация у пациентов с КИНК атеросклеротического генеза не может гарантировать сохранение конечности без комплексного консервативного лечения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Базиян-Кухто, Н.К. Анализ эффективности вариантов комплексного лечения пациентов с критической ишемией нижних конечностей ассоциированной с сахарным диабетом / Н.К. Базиян-Кухто и [и др.] // Архив клинической и экспериментальной медицины. – 2022 – с. 35–40.

2. Дубровщик, О.И. Ампутации нижних конечностей при декомпенсации критической ишемии атеросклеротического и диабетического генеза / О. И. Дубровщик // Хирургия Беларуси на современном этапе : мат. XVI съезда хирургов РБ и Респ.науч.-практ. конф., Гродно, ГрГМУ – 2018 – С.24.

АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ ПАНКРЕАТИТОМ В ОТДЕЛЕНИЯХ ХИРУРГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ

Денисюк М. Г.

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

Научный руководитель: Масюкевич А. И.

Актуальность. В настоящее время острый панкреатит является одной из наиболее важных проблем неотложной абдоминальной хирургии. Высокие показатели заболеваемости в мире, а также частота летальных исходов

вследствие деструктивных его форм объясняют большой интерес к этой проблеме [1; 2].

Актуальность данной патологии отличается большой распространенностью, разнообразием клинических проявлений, частыми и жизнеугрожающими осложнениями [3-5].

Вместе с тем представляется особенно важным изучение вопросов о тактике и подходах в лечении при осложненном остром панкреатите.

Цель. изучить хирургическую тактику лечения при остром панкреатите в хирургических отделениях №1 и №2 УЗ «ГКБ №4 г. Гродно» за 2020-2023 гг.

Методы исследования. Был проведен ретроспективный анализ 3171 истории болезни. Оценивались наличие осложнений и показатели летальности у пациентов хирургического профиля УЗ «ГКБ №4 г. Гродно» за 2020-2023 гг. с диагнозом «острый панкреатит».

Статистическую обработку данных проводили с помощью программного обеспечения Microsoft Office Excel и «4D Client». Критерием включения в исследуемую группу явилось наличие одно из следующих осложнений: ферментативный перитонит, парапанкреатит, забрюшинная флегмона, абсцесс поджелудочной железы, панкреонекроз, межкишечные абсцессы, некроз стенки полого органа, наличие кисты или свища поджелудочной железы). В соответствии с вышеуказанными критериями в анализируемую выборку включено 188 историй болезни, которые оценивались по наличию и характеру оперативного вмешательства.

Результаты и их обсуждение. При проведении ретроспективного анализа хирургического лечения ОП изначально все 188 пациентов (мужчин – 126 (67,38 %), средний возраст – $48,02 \pm 13,18$ лет; женщин – 61 (32,62 %), средний возраст – $59,84 \pm 14,54$ лет) получали комплексную многокомпонентную консервативную терапию в соответствии с действующими клиническими протоколами лечения (инфузионная и дезинтоксикационная терапия, спазмолитики, анальгетики, антисекреторные и противовоспалительные препараты, антибиотики по показаниям). У 155 пациентов (82,45 %) на фоне базисной консервативной терапии наступило купирование заболевания, показаний к оперативному вмешательству у них не выявлено. У 33 пациентов (17,55 %) на фоне неполной эффективности консервативного лечения после дополнительного лабораторного и инструментального обследования на ранних этапах были выставлены показания к выполнению пункционно-дренирующих методик.

Выполнялись следующие миниинвазивные вмешательства: лапароскопическая санация и дренирование брюшной полости – 5, дренирование сальниковой сумки под УЗ-наведением – 5, дренирование жидкостных скоплений ПЖ под УЗ-наведением – 6, пункция жидкостных скоплений ПЖ под УЗ-наведением – 6, пункция сальниковой сумки под УЗ-наведением – 4, дренирование жидкостных скоплений околопанкреатической клетчатки под УЗ-наведением – 4, пункция жидкостных скоплений околопанкреатической клетчатки под УЗ-наведением – 3.

Пункционно-дренирующие методики были заключительным этапом лечения в 24 случаях из 33 (72,72 %). Летальность на данном этапе составила 1 пациент из 33 (3,03 %) по причине резко развивающегося ферментативного (токсического) шока (молниеносная форма острого панкреатита).

Интенсивная многокомпонентная терапия в сочетании с минимально инвазивным оперативным лечением на ранних этапах у 8 пациентов (4,25 %) оказалась недостаточной для предотвращения развития патологического процесса при панкреонекрозе, что привело к необходимости санирования очагов деструкции открытым способом. Среди открытых лапаротомных вмешательств были выполнены: некрсеквестрэктомия с оментобурсостомией – 1, некрсеквестрэктомия с оментобурсостомией и люмботомией – 1, вскрытие и дренирование абсцесса ПЖ – 2, наружное дренирование кисты ПЖ – 1, марсупиализация кисты ПЖ – 2, вскрытие и дренирование абсцесса брюшной полости – 1.

Открытые лапаротомные вмешательства на данном этапе были основным видом лечения. Выбор характера оперативного пособия определялся особенностями постнекротических осложнений и в каждом конкретном случае носил индивидуальный характер, что определялось распространенностью патологического процесса как в поджелудочной железе, так и в окружающих ее клетчаточных пространствах, выявленных при инструментальном обследовании.

Летальность на этапе выполнения лапаротомных вмешательств составила 1 пациент из 8 (12,5 %). Была проведена лапаротомия, марсупиализация ложной кисты поджелудочной железы с ее дренированием и тампонированием. После проведенного оперативного вмешательства к существовавшим ранее осложнениям со стороны поджелудочной железы (киста хвоста, парапанкреатит, панкреонекроз, забрюшинная флегмона, абсцесс поджелудочной железы) присоединились повторные кровотечения из полости кисты с нагноением и разлитой гнойный перитонит.

Общая летальность пациентов с острым панкреатитом составила 2 человека из 188 (1,07 %).

Выводы.

1. Комплексная интенсивная консервативная терапия в соответствии с клиническими протоколами лечения ОП была эффективной у большинства пациентов (82,45 %) и стала окончательным способом лечения, что подтверждает важность и своевременность базисной консервативной терапии.

2. Всем пациентам с острым деструктивным панкреатитом, осложнившимся образованием жидкостных скоплений, на фоне интенсивной терапии выполнялись миниинвазивные пункционно-дренирующие методы лечения во время лапароскопии или под УЗ-наведением, что позволило достичь эффекта у 24 (72,72 %) пациентов.

3. Летальность на этапе пункционно-дренирующих методик и лапаротомных вмешательств составила 1 пациент из 33 (3,03 %) и 8 (12,5 %) соответственно. Общая летальность среди пациентов остаётся на сравнительно

низком уровне (1,07 %), что является показателем успешно проводимой консервативной терапии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Имаева, А. К. Показатели заболеваемости и смертности при остром панкреатите как индикатор состояния медицинской помощи на региональном уровне / А. К. Имаева, Т. И. Мустафин, С. Р. Половинкина // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2020. – № 28(6). – С. 1298–1303.
2. Статистика панкреатита [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://pancreonecrosis.ru/statistika-pankreatita/>. – Дата доступа: 27.12.2023.
3. Имаева, А. К., Вопросы оптимизации патологоанатомической диагностики при остром деструктивном панкреатите / А. К. Имаева, Т. И. Мустафин, И. А. Шарифгалиев // Профилактическая и клиническая медицина. – 2013. – № 3(48). – С. 82.
4. Подолужный, В. И. Острый панкреатит: современные представления об этиологии, патогенезе, диагностики и лечении / В. И. Подолужный // Фундаментальная и клиническая медицина. – 2017. – С. 62–71.
5. Тактика лечения острого панкреатита в зависимости от степени поражения поджелудочной железы в условиях общехирургического стационара / А. И. Масюкевич, П. В. Гарелик, Г. Г. Мармыш [и др.] // Журнал Гродненского государственного медицинского университета. – 2023. – Т. 21, № 3. – С. 237–242.

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ ЛЕВОСТОРОННЯЯ ЛАТЕРАЛЬНАЯ СЕКЦИОНЭКТОМИЯ В ЛЕЧЕНИЕ ЭХИНОКОККОЗА ПЕЧЕНИ

Денищик А. А.

УО «Гродненский государственный медицинский университет», Гродно,
Беларусь

Научный руководитель: канд. мед. наук, доц. Шило Р. С.

Актуальность. Лапароскопическая левосторонняя латеральная секционэктомия (бисегментэктомия) – это анатомическая резекция II и III сегментов печени [1]. Впервые эта операция была проведена в 1996 году и являлась первой анатомической резекцией печени, выполненной с помощью мини инвазивного доступа [2]. Левый латеральный сектор печени имеет уникальные анатомические особенности, благоприятствующие лапароскопическому доступу, – срединное расположение в брюшной полости и малый объем паренхимы. Таким образом, лапароскопическая левосторонняя латеральная секционэктомия может считаться по праву «золотым стандартом» при удалении II и III сегментов печени, а обучение технике данной операции