

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ПАТОЛОГИЕЙ ПАНКРЕАТО-ГЕПАТО-БИЛИАРНОЙ ЗОНЫ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ЖИРОВОГО ОБМЕНА

¹ Бойба Д. С., ¹ Жидков С. А., ¹ Жидков А. С.,

² Заславский С. Е., ² Петров А. В.

¹ Кафедра военно-полевой хирургии

военно-медицинского факультета военно-медицинского института

УО «Белорусский государственный медицинский университет»,

² УЗ «4-я городская клиническая больница им. Н. Е. Савченко»,

г. Минск, Республика Беларусь

Введение. Патология панкреато-гепато-билиарной зоны во все времена развития хирургии доставляла большие проблемы для хирургов различного уровня. Успех лечения, нередко, зависит не только от своевременной диагностики заболевания и квалификации хирурга, но и от «исходных» данных пациента (возраст, масса тела), а также длительности оперативного лечения.

Роль избыточной массы тела и ожирения недостаточно изучена в прогнозах лечения различной патологии органов брюшной полости. Чаще всего для определения степени ожирения используется индекс массы тела (ИМТ). Однако, он не учитывает массу мышц, не отражает распределение жировой ткани. Процент жира в организме представляет более полную информацию о распределении жировой ткани и ее влиянии на здоровье. Особенно это важно при метаболическом ожирении, когда даже при нормальном весе имеется высокий уровень жира в организме.

Цель исследования: определить влияние жирового обмена на результаты лечения пациентов с патологией панкреато-гепато-билиарной зоны.

Материалы и методы. Проведен анализ лечения 95 пациентов с панкреато-гепато-билиарной патологией, прооперированных в УЗ «2 ГКБ г. Минска» и УЗ «4 ГКБ им. Н. Е. Савченко» в 2023–2024 гг. Мужчин было 33 (34,7 %), средний возраст 56 ± 15 лет; женщин — 62 (65,3 %), средний возраст $54 \pm 15,9$.

В структуре патологии число пациентов с желчекаменной болезнью составило 82 (86,3 %), патологией поджелудочной железы 6 (6,3 %), другой патологией желчного пузыря и желчных протоков 5 (5,3 %), абсцессом печени 2 (2,1 %).

В 9 (8,4 %) случаях выполнялись повторные оперативные вмешательства: у 5 пациентов было 2 операции, у 2 — 3 операции и 2 пациентов — 6 оперативных вмешательств.

Диагностика нарушения жирового обмена проводилась при помощи биоимпедансного анализа (БИА) состава тела — это контактный метод измерения электрической проводимости биологических тканей, дающий возможность оценки широкого спектра морфологических и физиологических параметров организма. Измерения импеданса и антропометрических данных проводились до операции при помощи прибора «Диамант-АИСТ-мини». Также изучались такие параметры как продолжительность операции и количество койко-дней проведенных в стационаре.

Все пациенты разделены на 3 группы: первая — с недостаточным процентом содержанием жировой массы — 9 (9,5 %); вторая — нормальным — 32 (33,7 %); третья — избыточным процентом жировой массы — 54 (56,8 %).

Оценка послеоперационных осложнений проводилась по классификации Clavien-Dindo.

Результаты и обсуждение. Было выявлено, что такие показатели, как индекс массы тела (ИМТ), жировая масса (ЖМ), общая внутриклеточная жидкость (ОВнук.Ж.), основной обмен (ОО) значимо ($p < 0,05$) выше у пациентов с избыточным % жировой массы. Однако у них значимо ниже доля активной клеточной массы (АКМ). Это показывает дисбаланс жировой и мышечной ткани у пациентов с избытком жировой ткани. Нами также выполнено сравнение показателей БИА у пациентов с хроническим — 36 (37,9 %) и острым калькулезным холециститом — 46 (48,4 %) по результатам которого значимых различий найдено не было. В структуре пациентов с острым калькулезным холециститом количество пациентов с деструктивными формами составило 31 (67,4 %), с не деструктивными — 15 (32,6 %). Значимых различий показателей

БИА между данными группами найдено не было. В 21 (22,1 %) случае у пациентов с панкреато-гепато-билиарной патологией зафиксированы были осложнения.

В первой группе осложнения были в 5 случаях (55,5 %): у одного пациента было осложнение III степени, потребовавшие повторной операции, также еще у одного возникло осложнение IVa степени. Зафиксировано 3 летальных исхода у пациентов с деструктивным панкреатитом и злокачественными образованиями панкреато-гепато-билиарной зоны. В группе с нормальным % жировой массы осложнения возникли у 7 (21,2 %) пациентов: в двух случаях — III степени, IVa и еще в 3 случаях — преимущественно у пациентов с деструктивным панкреатитом и 2 летальных исхода — также у пациентов с деструктивным панкреатитом. В группе с избыточным % жировой массы осложнения зафиксированы в 9 случаях (16,7 %): у 4 пациентов осложнения I степени и у 5 — IVa степени. У пациентов с осложнениями с патологией панкреато-гепато-билиарной зоны значимо выше был возраст, продолжительность операции, количество койко-дней проведенных в стационаре. При сравнении показателей БИА у пациентов с осложнениями значимо ниже был только ФУгол28, другие же параметры достоверно не различались. У пациентов с острым холециститом осложнения были у 7 (15,2 %) пациентов. В группе у пациентов с нормальным % жировой массы осложнений не было. В первой группе осложнения возникли в одном случае IIIa степени, потребовавшее повторной операции под местной анестезией. У пациентов с избыточным % жировой массы осложнения зафиксированы у 6 пациентов (14,2 %): в трех случаях — осложнения I степени и еще в трех — IVa степени, потребовавших лечение пациентов в отделении реанимации.

Выводы. Тяжелые осложнения и летальные исходы при лечении пациентов панкреато-гепато-билиарной зоны зависят от тяжести патологии (рак, панкреонекроз), возраста и продолжительность операции. Лишь у пациентов после холецистэктомии осложнения зависят от нарушения жирового обмена в виде ожирения.