

Из госпитализированных пациентов было оперировано 134 пациента (77 %), остальные пациенты получали консервативное лечение. В послеоперационном периоде скончались 9 пациентов, послеоперационная летальность составила — 6,7 %.

Из умерших не оперировано было двое пациентов: один пациент с гангреной стопы (V степень), был переведен в крайне тяжелом состоянии из районной больницы, госпитализирован в отделение ОАРИТ для предоперационной подготовки и скончался в течение первых суток; на аутопсии имелась морфологическая картина сепсиса. У второй пациентки, которая была госпитализирована с субкомпенсированной ишемией нижней конечности и трофической язвой нижней трети голени (II степень), причиной смерти явилась острая сердечно-сосудистая недостаточность на фоне имеющейся тяжелой сердечной патологии.

Из восьми пациентов с V степенью, которым были выполнены операции, причиной смерти у четверых явился сепсис, у двух острая сердечно-сосудистая недостаточность, и еще у двух — явления нарастающей интоксикации и ОПН на фоне имеющейся диабетической нефропатии. Один пациент был госпитализирован в септическом состоянии при сочетании гангрены нескольких пальцев стопы (IV степень) и гнойного артрита плечевого сустава, сепсиса. Санация гнойных очагов и лечение сепсиса успеха не имели. На аутопсии сепсис подтвержден морфологически. Следует отметить, что большинство пациентов (64 %) за медицинской помощью с момента начала гнойно-воспалительного процесса на стопе и до момента госпитализации в У«УГОКБ» не обращались и занимались самостоятельным лечением. И только четверо пациентов направлены из других медучреждений в связи с неэффективностью лечения или прогрессированием гнойного процесса на стопе.

Всего сепсис, как результат прогрессирования гнойно-некротического процесса у больных с синдромом диабетической стопы, установлен, как причина смерти, у 5 пациентов (46 %). В трех случаях (27 %) — причиной смерти явилась острая сердечно-сосудистая недостаточность, и у трех пациентов смерть наступила в результате нарастающей почечной недостаточности на фоне диабетической хронической почечной недостаточности, интоксикации.

Выводы

Обширные гнойно-некротические поражения нижних конечностей у больных с синдромом диабетической стопы сопровождаются тяжелой интоксикацией и развитием септического состояния, что требует, в большинстве случаев, выполнения по жизненным показаниям высоких ампутаций. Наибольшая летальность (82 %) отмечена у пациентов с V степенью, где в 46 % причиной смерти явился сепсис.

ЛИТЕРАТУРА

1. Кокобелян, А. Р. Синдром диабетической стопы и атеросклероз артерий нижних конечностей / А. Р. Кокобелян, Ю. М. Зигматович // Вестник хирургии. — 2006. — Т. 165, № 3. — С. 74–78.
2. Реверда Жан А. Хирургическое лечение инфицированной диабетической стопы / Жан А. Реверда // Ангиология и сосудистая хирургия. — 2004. — Т. 10, № 1. — С. 116–121.
3. Гольбрайх, В. А. Перспективы лечения больных с синдромом диабетической стопы / В. А. Гольбрайх, С. В. Старков // Вестник хирургии. — 2003. — Т. 162, № 4. — С. 113–115.
4. Этиология, патогенез, классификация и хирургическое лечение синдрома диабетической стопы / Н. Н. Чур [и др.] // Хирургия им. Пирогова. — 2003. — № 4. — С. 42–46.
5. Чиглашвили, Д. С. Комплексное лечение больных с синдромом диабетической стопы / Д. С. Чиглашвили, Д. А. Истомин. — № 10. — 2004. — С. 66–69.

УДК 616.36-006.311.03-089

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ГЕМАНГИОМ ПЕЧЕНИ

Дундаров З. А., Берещенко В. В., Красюк О. Н., Шебушев Н. Г.

Учреждение образования

Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Гемангиома является самой распространенной доброкачественной опухолью печени, занимая второе место после метастазов опухолей. В США поражение печени геман-

гиомами составляет около 2 %. Показатель распространенности при вскрытии достигает 7,4 %. Широкое применение современных методов медицинской визуализации привело к увеличению числа случаев обнаружения бессимптомных поражений печени. Частота осложнений данного заболевания достигает 4,5 %. Женщины болеют в 4–6 раз чаще, чем мужчины.

Цель исследования

Ретроспективное изучение оперированных пациентов с гемангиомами печени больших размеров на базе областного центра хирургической гепатологии за период 2003–2011 гг.

Результаты и обсуждение

С 2003 по 2011 гг. в центре хирургической гепатологии наблюдалось 38 пациентов с гемангиомами печени больших размеров. Считаем гемангиому печени больших размеров — 6 и более см. Следует отметить, что касается классификации относительно размеров данного образования, нет единого мнения во всем мире. В зависимости от страны большими считают гемангиомы печени от 4 до 6 сантиметров и более. В исследование не входили пациенты с образованиями менее 6 сантиметров. Женщин было 31 (81,5 %), мужчин — 7 (18,5 %). Соотношение 4:1. Время наблюдения за образованиями составляло от 1 месяца до 7 лет. Основные жалобы пациентов были на боли в правом подреберье без- или с иррадиацией в спину, похудание.

Все пациенты были обследованы согласно протоколу лечения больных с очаговыми образованиями в печени. Кроме общеклинических методов и биохимических показателей проводили следующие инструментальные методы исследования: цветное доплеровское УЗИ брюшной полости, ФЭГДС, ФКС, КТ с контрастированием брюшной полости, МРТ брюшной полости, сцинтиграфию печени. Биопсию ткани печени при гемангиоме не использовали в связи с низкой информативностью метода (36 %). Считается, что пока доброкачественность образования в печени не доказана к нему относятся как к злокачественному.

У четверых пациентов (10,5 %) имелись сопутствующие заболевания — хронический калькулезный холецистит, холедохолитиаз, стриктура терминального отдела холедоха, эзофагит, гастроптоз, колоптоз, долихосигма. При поступлении средний уровень эритроцитов в крови составил $3,66 \times 10^{12}/л$. Средний уровень гемоглобина — 121 г/л.

Оперировано 13 (32 %) пациентов. Все были женщины. Средний возраст составил 43,7 года. Показаниями к оперативному лечению явились: рост опухоли в динамике (увеличение ее в 2 и более раз) за период наблюдения, большие размеры гемангиомы (> 6 см), невозможность исключить злокачественное поражение печени. Гемангиомы были во всех случаях единичные, поражали только правую долю печени. Чаще других поражался седьмой сегмент (39 %), два и более сегментов (39 %) (таблица).

Было произведено девять атипичных резекций печени (69 %), две бисегментэктомии, две энуклеации кисты. Средний диаметр удаленных образований — 10,25 см. Среднее время операции составило 149 мин. Гистологически все опухоли были представлены кавернозными гемангиомами. Среднее время пребывания в стационаре составило 23,7 койко-дня.

Таблица — Распределение гемангиом по сегментам печени

Локализация по сегментам	Два и более сегментов (VI-VII, VII-VIII, V-VI-VII)	VI	VII	VIII
5	2	5	1	
39	15	39	7	

В послеоперационном периоде осложнения были однотипные у двух пациентов (15,4 %) — правосторонний реактивный плеврит, жидкостное образование в правой под-

диафрагмальной области. Все они были пунктированы под контролем УЗИ. Послеоперационной летальности нет.

Выводы

Оперативное лечение при гемангиомах печени показано: при осложнениях, при быстром росте опухоли, при их больших размерах, при невозможности дифференцировки от злокачественного новообразования.

При локализации гемангиомы в труднодоступных для хирургического вмешательства областях с высоким риском повреждения жизненно важных структур рекомендуем прибегать к малоинвазивным методам лечения (артериальная эмболизация, радиочастотная абляция печени, склерозирование, облучение).

Пациенты с любыми очаговыми заболеваниями печени нуждаются в обследовании и динамическом наблюдении с целью онкологической настороженности.

УДК: 616.366-002.1-02-08

МАЛОСИМПТОМНЫЕ ФОРМЫ ОСТРОГО ХОЛЕЦИСТИТА: ОСОБЕННОСТИ ПАТОГЕНЕЗА, ПУТИ УЛУЧШЕНИЯ РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ

Дундаров З. А., Лин В. В., Майоров В. М., Адамович Д. М.

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Острый холецистит занимает важное место в структуре хирургической патологии. На сегодняшний день объективно показано, что успехи современной антибактериальной и многоцелевой инфузионной терапии значительно изменяют клиническую картину заболевания, нивелируют острые проявления деструктивного холецистита, в том числе клиничко-лабораторные признаки эндогенной интоксикации, создают ложное впечатление о благоприятном прогнозе, что зачастую приводит к развитию малосимптомных гнойно-деструктивных форм острого холецистита.

Цель исследования

Изучение вопросов диагностики, разработка рациональной тактики лечения, определение методов и сроков хирургического вмешательства у пациентов с различными формами острого холецистита

Материалы и методы исследования

В исследование включено 212 пациентов с различными формами острого холецистита, проходивших лечение в Гомельской областной клинической больнице за период с 2006 по 2011 год. Мужчин было — 38 (17,9 %), женщин — 174 (82,1 %). Средний возраст больных — $51,5 \pm 2,34$ лет. Всем больным в различные сроки от поступления была выполнена холецистэктомия одним из трех способов (открытая холецистэктомия, холецистэктомия из мини доступа и лапароскопическая холецистэктомия). Нами было выделено 4 группы. Первую составили пациенты с острым холециститом, оперированные в первые трое суток от начала заболевания ($n = 99$); во вторую группу включены пациенты с острым холециститом, оперированные позже трех суток от начала заболевания ($n = 41$) в третью вошли пациенты, поступившие для планового оперативного лечения по поводу хронического холецистита, у которых на основании интраоперационных данных и гистологического заключения были выявлены различные формы острого холецистита ($n = 39$); четвертая (контрольная группа) — лица с хроническим калькулезным холециститом ($n = 33$).