

Показания: относительно небольшие ГИСО размером менее 2 см, почти не затрагивающие мышечную оболочку [9].



**Рисунок 4 – Подслизистая туннельная резекция:**

**А – ГИСО; Б – создание туннеля; В – отделение опухоли от собственно мышечного слоя и ее удаление; Г – Раневая поверхность после удаления опухоли; Д – закрытие входа в туннель зажимами [7]**

### **Выводы**

Гастроинтестинальные стромальные опухоли желудочно-кишечного тракта – это нередкое заболевание, которое обнаруживается на ранних стадиях, благодаря развитию и широкому применению эндоскопических методов исследования. Эндоскопический подход в лечении данных заболеваний определенно имеет большие преимущества перед открытой хирургией.

### **СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ**

1. Бредихина, Е. В. Диагностика и лечение гастроинтестинальных стромальных опухолей (обзор литературы) / Е. В. Бредихина, Е. М. Бредихин // Медицинские новости. – 2017. – № 2. – Р. 4–7.
2. Кащенко, А. В. Особенности диагностики и лечения гастроинтестинальных стромальных опухолей / А. В. Кащенко, Р. В. Орлова, М. И. Глузман // Вестник Санкт-Петербургского университета. – 2017. – № 2. – Р. 1–9.
3. Клинические рекомендации гастроинтестинальные стромальные опухоли / А. Д. Каприн // Общероссийский национальный союз Ассоциация онкологов России. – 2020. – Р. 15–18.
4. Marcella, C. Clinical Overview of GIST and Its Latest Management by Endoscopic Resection in Upper GI: A Literature Review / C. Marcella, R. H. Shi, S. Sarwar // Gastroenterol Res Pract. – 2018. – Vol. 31. – Р. 686–691.
5. Ligation-assisted endoscopic enucleation for the diagnosis and resection of small gastrointestinal tumors originating from the muscularis propria: a preliminary study / J. Guo [et al.] // BMC Gastroenterol. – 2013. – Vol. 16. – Р. 13–18.
6. Efficacy and safety of endoscopic submucosal dissection for large gastric stromal tumors/ Q. Chen [et al.] // Clin Res Hepatol Gastroenterol. – 2020. – № 44(1). – Р. 90–100.
7. Endoscopic resection of gastric gastrointestinal stromal tumors / Y. Tan [et al.] // Transl Gastroenterol Hepatol. – 2017. – Vol. 19. – Р. 112–115.
8. Tian, X. Modified endoscopic full-thickness resection of gastric stromal tumor originating from the muscularis propria layer / X. Tian, B. Shi, WQ. Chen // Gastrointest Oncol. – 2020. – № 11(2). – Р. 461–466.
9. Endoscopic full-thickness resection (EFTR) compared to submucosal tunnel endoscopic resection (STER) for treatment of gastric gastrointestinal stromal tumors / P. W. Y. Chiu [et al.] // Endosc Int Open. – 2023. – № 11(2). – Vol. 23. – Р. 179–186.

**УДК 616.37-002-036.11-02-073.756.8**

**Е. И. Фетисова, Е. А. Колова, А. В. Башмур**

*Научный руководитель: старший преподаватель Д. М. Адамович*

*Учреждение образования*

*«Гомельский государственный медицинский университет»*

*г. Гомель, Республика Беларусь*

### **КТ-КАРТИНА ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА.**

### **ВЛИЯНИЕ ЭТИОЛОГИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ НА ИСХОД ЗАБОЛЕВАНИЯ**

#### **Введение**

Острый панкреатит (ОП) – это внезапно начавшееся и лавинообразно нарастающее поражение поджелудочной железы, в основе которого лежит аутолитический ферментативный процесс. Заболеваемость ОП занимает третье место в структуре ургентной патологии органов брюшной полости, уступая острому аппендициту и холециститу.

В 1992 г. группа экспертов по проблеме острого панкреатита приняла в г. Атланта (США) классификацию острого панкреатита, которая прошла ряд обновлений на сегодняшний день. В ней выделяют отечный и некротический панкреатит. На основании клинических протоколов лечения ОП в Республике Беларусь выделяют легкую и тяжелую формы острого панкреатита. Среди причин заболевания наиболее часто встречаются алкогольный ОП, алиментарные факторы и ЖКБ [2].

Летальность при панкреонекрозе остается достаточно высокой. Обуславливает это ряд причин: несвоевременная диагностика заболевания и его разнообразных осложнений, недооценка степени тяжести и развития некротических форм ОП, сопряженных с формированием разнообразных гнойно-септических осложнений [3].

В диагностике клинико-морфологических форм панкреонекроза большое значение имеют инструментальные методы исследования. Приоритетное значение в инструментальной диагностике панкреонекроза и оценке динамики процесса (система Бальтазара) принадлежит компьютерной томографии. Оценка по Бальтазар (The Balthazar score) является подтипом КТ-индекса тяжести острого панкреатита [4]. КТ-индекс тяжести определяется суммой: оценки острого воспалительного процесса (по Balthazar) и оценки панкреонекроза. Оценка острого воспалительного процесса (по Balthazar): стадия А: 0 баллов, неизменная паренхима; стадия В: 1 балл, фокальное или диффузное увеличение размеров железы; стадия С: 2 балла, воспалительные изменения поджелудочной железы и перипанкреатической жировой клетчатки; стадия D: 3 балла, единичное слабоотграниченное перипанкреатическое скопление жидкости; стадия E: 4 балла, два или более слабоотграниченных жидкостных скоплений. Оценка панкреонекроза: панкреонекроз отсутствует (равномерное контрастное усиление паренхимы): 0 баллов;  $\leq 30\%$  паренхимы: 2 балла;  $>30-50\%$  паренхимы: 4 балла;  $>50\%$  паренхимы: 6 баллов, максимальное количество баллов может составлять 10 [5]. Как правило, всем пациентам с ОП вначале проводят консервативное лечение. В случае некротического поражения, проводится оперативное лечение, которое заключается в удалении некротических тканей и санации гнойных очагов.

### **Цель**

Изучить этиологические, патогенетические особенности, КТ-картину острого панкреатита среди пациентов хирургического отделения УЗ ГОКБ г. Гомеля.

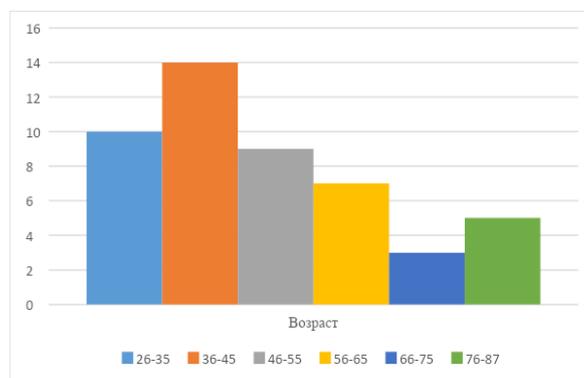
### **Материал и методы исследования**

На базе Гомельского областной клинической больницы проведен ретроспективный анализ данных 49 человек с ОП, госпитализированных в хирургическое отделение и ОРИТ.

Статистическая обработка результатов исследования проводилась с использованием компьютерной программы Microsoft Excel 2019.

Результаты исследования и их обсуждение

В исследуемой группе преобладали мужчины – 30 (61,2%) человек, женщин – 19 (38,8%). Возраст пациентов варьирует от 26 до 87 лет.



**Рисунок 1 – Выявляемость ОП в зависимости от возраста пациентов**

По этиологии, при алкогольном ОП средний возраст – 41 год, при алиментарном – 57 лет. В результате комплексного анализа данных было выявлено, что отечная форма ОП отмечена у 17 (34,7%) пациентов и у 32 (65,3%) – некротическая.

По данным КТ ОБП выявлены следующее распределение пациентов в соответствии с КТ-индексом тяжести Balthazar: А – 10,2% пациентов, В – 4,1%, D – 12,2%, E – 73,5%.

У 33 из 49 (67,3%) пациентов отмечены инфильтративные изменения и жидкостные скопления вдоль фасции Герота. Среди них 28 (84,8%) пациентов со степенью E по Balthazar, четверо (12,1%) – со степенью D и один (3,1%) – со степенью B.

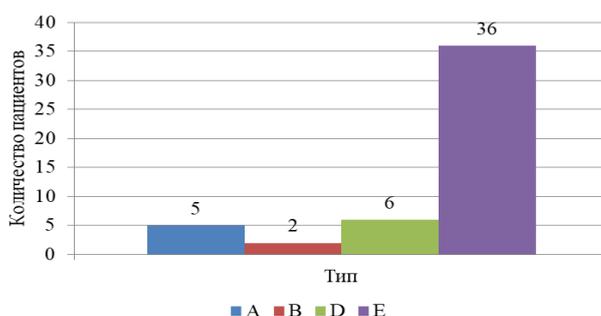


Рисунок 2 – Степень тяжести ОП по шкале Balthazar

Консервативное лечение проводилось 38 пациентам (77,6%): степень А по шкале Balthazar отмечена у пяти (13,2%) пациентов, степень В – у двух (5,2%), степень D – у 6 (15,8%), степень E – у 25 (65,8%).

Оперировано 11 пациентов (22,4%). У всех пациентов отмечена степень тяжести E по Balthazar, у 7 из которых (63,6%) отмечены жидкостные скопления вдоль фасции Герота.

В первые трое суток лечебно-диагностическая лапароскопия выполнена трем пациентам (27,2%) с клиникой ферментативного перитонита, умер один пациент в связи с нарастанием полиорганной недостаточности на 5 сутки.

Первым этапом дренирование жидкостных скоплений под УЗИ контролем выполнено шести пациентам. В последующем одному пациенту была выполнена лечебно-диагностическая лапароскопия. Двум пациентам в связи развитием гнойных осложнений в дальнейшем выполнена лапаротомия, некрсеквестрэктомия, дренирование сальниковой сумки со вскрытием брюшинной флегмоны, оба пациента были выписаны. В этой группе умерло два пациента (33,3%), переведенных с районных больниц в сроки 7–10 дней от момента госпитализации с имеющимися явлениями полиорганной недостаточности.

Первично выполнена лапаротомия, дренирование сальниковой сумки в двух случаях (18,2%) пациентам, переведенным из ЦРБ, в сроки позже 14 дней. В обоих случаях отмечен летальный исход, связанный с нарастающей полиорганной недостаточностью и сепсисом у одного из пациентов.

Всего с ОП умерло 11 из 49 (22,4%) пациентов: из них 6 пациентов (54,5%) после оперативного лечения, и 5 (45,5%) – на фоне консервативного с применением экстракорпоральных методов детоксикации с нарастающей полиорганной недостаточностью, средние сроки консервативного лечения составили 16 (8;27) суток. По данным КТ у всех умерших отмечена степень Balthazar E., с распространением жидкостного компонента вдоль листка фасции Герота у 10 (90,9%) пациентов.

Этиологическим фактором у умерших среди мужчин отмечены: в пяти случаях (71,4%) – алкоголь, в двух (28,6%) – алиментарный фактор; среди женщин: у 2 (50%) – алиментарный фактор, ЖКБ – у 1 (25%), алкоголь – у 1 (25%).

## **Выводы**

Острый панкреатит остается актуальной проблемой и развивается чаще всего у лиц трудоспособного возраста (36–45 лет), причиной возникновения в 50% случаев которого является алкоголь, со значительным преобладанием у мужчин, что в совокупности с возрастом имеет важную социальную значимость. КТ является информативным инструментальным методом диагностики поражения поджелудочной железы и забрюшинного пространства. КТ-индекс тяжести Balthazar отражает тяжесть течения ОП и позволяет определять тактику лечения пациентов с тяжелыми формами ОП (Balthazar E), имеющими высокий риск развития летального исхода.

## **СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ**

1. Ranson, J. H. C. Acute pancreatitis: pathogenesis, outcome and treatment / J. H. C. Ranson // Clin. Gastroenterol. – 1984. – Vol. 13, № 9. – P. 843–863.
2. Кондратенко, П. Г. Острый панкреатит / П. Г. Кондратенко, А. А. Васильев, М. В. Конькова. – Донецк, 2008. – 352 с.
3. Бойко, В. В. Острый панкреатит. Патофизиология и лечение / В. В. Бойко, И. А. Криворучко, Р. С. Шевченко. – Харьков : Торнадо, 2002. – 288 с.
4. Ruedi, F. T. The Revised Atlanta Classification of Acute Pancreatitis: Its Importance for the Radiologist and Its Effect on Treatment, Radiology / F. T. Ruedi. – 2012. – Vol. 262, № 3.
5. Balthazar, E. J. Acute Pancreatitis: Assessment of Severity with Clinical and CT Evaluation / E. J. Balthazar. – Radiology. – 2002. – Vol. 223. – P. 603–613.

**УДК: 616.37-002-036.11-036.8-08**

**В. В. Шаферова, Н. А. Акулов**

*Научный руководитель: старший преподаватель Е. Л. Артюшков*

*Учреждение образования*

*«Гомельский государственный медицинский университет»*

*г. Гомель, Республика Беларусь*

## **ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ И ОБОСТРЕНИЕМ ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА**

### **Введение**

Острый панкреатит занимает около 25% от общего числа пациентов в экстренной абдоминальной хирургии [1, 2]. По разным литературным источникам заболеваемость составляет до 73,4 случаев на 100 тысяч населения [3, 4]. Основными этиологическими факторами острого панкреатита являются желчнокаменная болезнь и алкогольная интоксикация [5]. Острый панкреатит – это асептическое воспаление в результате ферментной аутоагрессии, приводящей к некрозу и дистрофии железы. В дальнейшем происходит распространение поражения на окружающие ткани и присоединение вторичной гнойной инфекции [6, 7, 1, 2].

Согласно международной классификации Атланта 2012 года острый панкреатит подразделяют на легкую, умеренно тяжелую и тяжелую формы [8]. В 20–30% случаев острый панкреатит носит деструктивный характер [8, 9]. Летальность при панкреонекрозе по разным литературным данным составляет от 11 до 40% [10, 11, 12, 13]. Частыми причинами летальности являлись: поздняя диагностика и несвоевременное прогнозирование гнойно-септических осложнений [14]. Гнойные осложнения острого панкреатита составляют 40–70% случаев, при этом летальность 70–85%, что в 2–3 раза выше, чем при стерильном панкреонекрозе [5].

### **Цель**

Проанализировать медицинскую документацию пациентов, которые были госпитализированы в ГУЗ «Гомельская городская клиническая больница скорой медицинской