

Во всех случаях в первой группе первичный диагноз совпадал с заключительным, во второй группе – 2 (6,67%) пациентов поступили с диагнозом острый панкреатит ($\chi^2=1,59$; $p=0,206$), 1 (3,33%) пациент – с диагнозом кишечная непроходимость ($\chi^2=0,78$; $p=0,376$). Таким образом, у 3 (10,00%) пациентов диагноз при поступлении не совпадал с заключительным ($\chi^2=2,44$; $p=0,11$).

В первой группе в большинстве 17 (73,91%) случаев диагностировался флегмонозный аппендицит, в 4 (17,39%) – гангренозный, в 2 (8,70%) – катаральный.

Во второй – в большинстве 22 (73,33%) случаев диагностировался флегмонозный аппендицит, в 7 (23,33%) – гангренозный, в 1 (3,33%) – катаральный.

Выводы

1. За период с 01 января 2024 года по 01 января 2025 года в хирургических отделениях №1, 2, 3 государственного учреждения здравоохранения «Гомельская городская клиническая больница №3» пролечено 53 пациента с диагнозом острый аппендицит, в 52 (98,11%) случаях проведено лапароскопическое хирургическое лечение.

2. Среди наблюдаемых больных мужчин было 56,60%, женщин – 43,40%, что противоречит литературным данным.

3. При установленном диагнозе острого аппендицита оперативное лечение было начато в течении 3,21 часов в первой группе и 2,55 часов во второй группе.

4. В первой группе значимо чаще встречалась экстрасистолия – в 3 (13,04%) случаях ($\chi^2=4,15$; $p=0,041$), при анализе другой сопутствующей патологии значимых различий не выявлено.

5. По времени операции, длительности послеоперационного периода значимых различий между группами не выявлено.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Безуглая, О. И. Особенности диагностики и принципы лечения больных с острым аппендицитом / О. И. Безуглая, П. П. Бондаренко, Е. С. Выселкова //Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. – 2016. – № 11 (4). – С. 605–607.
2. Острый аппендицит: клиничко-лабораторные, лапароскопические, патоморфологические параллели / Ш. В. Тиммербулатов [и др.] // Креативная хирургия и онкология. – 2019. – №9 (1). – С.13–17. – URL: <https://doi.org/10.24060/2076-3093-2019-9-1-13-17> (дата обращения: 01.03.2025).

УДК 616.37-007.24-089-053.2(476-25)

Я. О. Танюкевич, Т. И. Тавтын

Научный руководитель: ассистент Ю. А. Новосельцева

Учреждение образования

«Белорусский государственный медицинский университет»

г. Минск, Республика Беларусь

ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ КОЛЬЦЕВИДНОЙ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В РНПЦ ДЕТСКОЙ ХИРУРГИИ

Введение

Кольцевидная поджелудочная железа (КПЖ) – редкий порок развития органа, при котором форма поджелудочной железы изменяется таким образом, что она охватывает двенадцатиперстную кишку со всех сторон, сдавливая ее и затрудняя пассаж пищи и желчи вплоть до развития кишечной непроходимости [1]. Развитие данной патологии связано с нарушением миграции клеток мезодермы в антенатальном периоде [2]. Данные анализа оперативного лечения КПЖ у новорожденных в зависимости от пола,

возраста, массы тела, наличия сопутствующих заболеваний могут быть полезны при прогнозировании исхода лечения и выбора оперативного лечения [3].

Цель

Оценка эффективности оперативного лечения КПЖ, его исходов относительно срока гестации, возраста и массы тела, изучение вариантов диагностики, исследование анамнеза матери.

Материал и методы исследования

Материалом для исследования послужили архивные данные пациентов, находившихся на стационарном лечении в РНПЦ детской хирургии с января 2016 года по ноябрь 2024 года. В исследование были включены 19 пациентов, среди которых 13 мальчиков (70%) и 6 девочек (30%). Для клинической оценки были изучены следующие параметры: срок гестации пациента, масса тела при рождении, виды и количество оперативных вмешательств, время с момента рождения до перевода в стационар, налаживание энтерального кормления после оперативного вмешательства, время с момента рождения до оперативного вмешательства лабораторные исследования, ультразвуковая диагностика поджелудочной железы, акушерско-гинекологический анамнез матери, сопутствующие врожденные заболевания антибиотикотерапия. Статистическая обработка результатов исследования проводилась с помощью программы STATISTICA 14.

Результаты исследования и их обсуждение

Диагноз КПЖ в 3 раза чаще встречался у мальчиков, чем у девочек. В результате исследования установлено, что процент доношенных детей составил 37% (7 пациентов), недоношенных – 47% (12 пациентов). Минимальная продолжительность фетального периода составила 27 недель, максимальная продолжительность фетального периода – 39 недель. Средняя продолжительность гестационного периода ($35,3 \pm 2,79$). 53% родились с нормальной массой тела (10 пациентов), 42% – с низкой массой тела (8) и 5% – с очень низкой массой тела (1). Средняя масса тела ($2332, 22 \pm 800,71$).

Мы проанализировали анамнез беременности, в ходе которого было выявлено, что дети, имеющие диагноз КПЖ, чаще рождались у матерей, имевших: угрозу прерывания беременности и выкидыша (50%), неразвивающуюся беременность и аборт в анамнезе (38%). Гестоз был зафиксирован у 11% матерей, вагинит – 11%, кольпит – 17%, острые респираторные инфекции в первом триместре – у 17%, во втором и третьем триместрах – у 5%.



Рисунок 1 – Статистика заболеваний в анамнезе матерей детей с КПЖ, находившихся на лечении в период с 2016 по 2024 гг. в РНПЦ ДХ

Родоразрешение в 33% происходило путем Кесарево сечения, в 67% путем физиологических родов. Сопутствующие пороки развития встречались в 100% случаев: Син-

дром Дауна – 4 пациента (21%), атрезия пищевода – 4 (21%), незавершенный поворот кишечника – 5 (26%), врожденные пороки сердца – 8 (42%). Частыми сопутствующими заболеваниями также являлись анемия – 12 (63%), пиелоэктазия – 4 (21%), геморрагическая болезнь новорожденных – 2 (10%), в меньшей степени встречались сопутствующие патологии со стороны центральной нервной системы (ЦНС) (энцефалопатия, субэпендимальные кисты, отек и набухание головного мозга, синдром угнетения ЦНС). 6/19 детей входили в группу риска реализации внутриутробной инфекции.

Все пациенты поступали в стационар с клиникой полной кишечной непроходимости (КН). Пренатальная диагностика врожденной КН проводилась методом ультразвуковой диагностики начиная с 24–30 недели беременности. Установление окончательного диагноза «кольцевидная поджелудочная железа» во всех случаях осуществлялось интраоперационно.

Операцию проводили всем пациентам на 2–3 сутки жизни: 18 (95%) пациентам, первично оперированным в нашем центре, выполнено наложение дуодено-дуоденоанастомоза по Кимура, 1 пациенту (5%), оперированному в одной из областной больниц и переведенному для дальнейшего лечения в РНПЦ ДХ, выполнен обходной проксимальный дуоденоюноанастомоз по Ру. Восстановление функций ЖКТ оценивалась по налаживанию энтерального питания, что в среднем происходило на 7–10 сутки. Длительность нахождения пациентов в отделении анестезиологии и реанимации составило от 34 до 36 суток.

В последующем в связи с явлениями ранней спаечной кишечной непроходимости адгезиолизис проводился в 4 случаях (21%), у 3 пациентов (15%) в связи с несостоятельностью анастомоза понадобилась его реконструкция, в 1 случае (5%) в связи с деформацией и стенозом анастомоза по Ру выполнялась реконструкция дуодено-юноанастомоза по методике Финнея.

Благоприятный исход – 84%, летальный исход – 16% (3 недоношенных пациента), с нормальной, низкой и очень низкой массой тела в результате синдрома полиорганной недостаточности, сепсиса и внутрижелудочковых кровоизлияний в связи с геморрагической болезнью новорожденного.

Выводы

Золотым стандартом оперативного лечения кольцевидной поджелудочной железы является наложение дуодено-дуоденоанастомоза по Кимура.

Обходной проксимальный дуоденоюноанастомоз по Ру считается менее эффективным, в связи с высоким риском формирования V-образной деформации анастомоза и необходимости последующей реконструкции.

Наличие сопутствующих заболеваний, в том числе и врожденных пороков развития у детей с кольцевидной поджелудочной железой, а также срок гестации и масса тела пациентов имеют влияние на послеоперационный период, длительность нахождения в отделении анестезиологии и реанимации, дальнейшую реабилитацию и успешность лечения. Исходы выполнения дуоденoduоденоанастомоза по Кимура у пациентов с нормальной и низкой массой тела в 84% благоприятные. Дети же с очень низкой массой тела, ввиду тяжести общего состояния имеют более высокий риск летальности и для уточнения тактики ведения, необходимо расширить выборку по данной категории пациентов.

Среди осложнений дуоденoduоденоанастомоза по Кимура выявлены: несостоятельность анастомоза (15%), ранняя спаечная непроходимость в 4 случаях (21%). Ребенку, которому выполнялся обходной проксимальный дуоденоюноанастомоз по Ру в связи с деформацией и стенозом анастомоза выполнялась реконструкция по Финнею. Остальные оперативные вмешательства были связаны с сопутствующими пороками развития.

В анамнезе матерей, имевших детей с КПЖ: угроза прерывания беременности и выкидыша (50%), неразвивающаяся беременность и аборт в анамнезе (38%).

Чувствительность пренатальной диагностики в Республике Беларусь высокая и в 90% случаев наличие врожденной кишечной непроходимости можно установить пренатально. Окончательный диагноз кольцевидной поджелудочной железы устанавливается интраоперационно.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Первый опыт выполнения лапароскопического дуодено-дуоденального анастомоза у новорожденных с высокой кишечной непроходимостью, вызванной кольцевидной поджелудочной железой / М. А. Аксельров, В. А. Емельянова, С. Н. Супрунец [и др.] // Новости хирургии. – 2018. – № 2.
2. Эндоскопическое лечение пациента с острым панкреатитом на фоне редкой аномалии развития – кольцевидной поджелудочной железы / Е. Е. Кудрявицкий, С. Ю. Орлов, Н. А. Матвиенко [и др.] // Доказательная гастроэнтерология. – 2021. – № 10(3). – С. 56–62.
3. Adult presentation of symptomatic annular pancreas treated with gastrojejunostomy / Violet M. Kryzsko, Maria E. Tecos, Keely L. Buesing [et al.] // Journal of Surgical Case Reports. – 2024. – № 10.

УДК 616.37-006.6-073.75:004

С. Е. Тихманович, М. О. Шелудько, А. Farooq

Научный руководитель: д.м.н., профессор А. А. Литвин

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

ПРИМЕНЕНИЕ РАДИОМИКИ В НЕИНВАЗИВНОЙ ДИАГНОСТИКЕ РАКА ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Введение

Рак поджелудочной железы (РПЖ) является одной из наиболее агрессивных форм злокачественных опухолей. РПЖ часто выявляется на поздних стадиях, что ведет к высокому уровню смертности. Ранняя диагностика РПЖ имеет решающее значение для улучшения результатов лечения этих пациентов [1].

Радиомика – это метод анализа медицинских изображений, при котором из цифровых изображений (КТ, МРТ, УЗИ) извлекаются количественные признаки, недоступные для визуального анализа врачом. Эти признаки могут быть связаны с особенностями опухолевого процесса и клиническими исходами, предоставляют ценную информацию для диагностики и прогнозирования течения различных заболеваний [2].

Использование искусственных нейронных сетей (ИНС) для обработки радиомических данных позволяет обнаруживать скрытые закономерности в изображениях, что повышает точность диагностики РПЖ [3].

Цель

Разработать систему диагностики РПЖ на основании радиомического анализа КТ-изображений.

Материал и методы исследования

Для исследования использованы 30 историй болезни пациентов из учреждения «Гомельский областной клинический онкологический диспансер» за период с 2019 по 2023 год. Проведен ретроспективный анализ КТ-исследований 30 пациентов из этого учреждения, а также 30 пациентов из базы данных TCIA (Национальный институт рака), включающих данные коллекции CPTAC-PDA (The Clinical Proteomic Tumor