

При аневризмах первого типа оперативных вмешательств не выполнялось. При аневризмах второго типа (четыре случая), было выполнено одно оперативное вмешательство (резекция аневризмы с последующим протезированием НПВ ксеноперикаридом). Частота оперативных вмешательств при аневризмах третьего типа составила 57 % (12 операций среди 21 пациента), у одиннадцати из них присутствовали клинические проявления болезни (7 — отек нижних конечностей). Летальный исход отмечался в трех описанных случаях аневризм НПВ, у каждого из пациентов имелись мешотчатые аневризмы, которые не подвергались оперативным вмешательствам [1–5].

Заключение

Аневризмы НПВ являются редкой патологией с неизвестной этиологией. Большинство аневризм изолировано локализуется в инфраренальном отделе НПВ. В случае локализации аневризм выше впадения печеночных вен оперативные вмешательства не выполняются из-за высокого риска хирургических осложнений и благоприятного течения болезни.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Gradman, W. S.* Aneurysm of the inferior vena cava. A case report and review of the literature / W. S. Gradman, F. Steinberg // *Ann Vasc Surg.* — 1993. — Vol. 7. — P. 347–353.
2. *Davidovic, L.* Aneurysm of the inferior vena cava: case report and review of the literature / L. Davidovic, M. Dragas // *Phlebology.* — 2008. — Vol. 23. — P. 184–188.
3. *Oh, K. S.* Inferior vena caval varix / K. S. Oh, J. P. Dorst, L. M. Haroutunian // *Radiology.* — 1973. — Vol. 109. — P. 161–162.
4. Aneurysm of the inferior vena cava / K. R. Suresh [et al.] // *J Vasc Surg.* — 2007. — Vol. 45. — P. 827–844.
5. Aneurysm of the inferior vena cava: case report / A. Elliot [et al.] // *Abdom Imaging.* — 2006. — Vol. 31. — P. 457–460.

УДК 616: 366-002.1-089

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОСТРОГО ДЕСТРУКТИВНОГО ХОЛЕЦИСТИТА

*Молодой Е. Г.¹, Призенцов А. А.², Дмитриенко А. А.¹, Скуратов А. Г.²,
Осипов Б. Б.², Сильвистрович В. И.², Воробьев С. А.¹, Никифоров И. В.¹,
Машук А. Л.¹, Гапоненко А. И.²*

¹Учреждение здравоохранения

«Гомельская городская клиническая больница № 3»,

²Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

При всем разнообразии клинических вариантов течения желчнокаменной болезни наибольшую сложность для лечения представляют гнойно-деструктивные формы острого калькулезного холецистита [1]. По разным данным, деструктивный холецистит встречается у 2–30 % пациентов с желчнокаменной болезнью [3]. Летальность при лечении этой группы пациентов продолжает оставаться высокой и может достигать 15–30 % [2, 4].

В результате ряда рандомизированных клинических исследований было установлено, что выполнение операции в сроки 24–48 ч приводит к достоверному снижению летальности и частоты интраабдоминальных и системных осложнений [1, 3]. Было доказано, что особую опасность представляет проведение длительного консервативного лечения пациентов с гнойно-деструктивными формами острого холецистита, особенно на фоне развившихся осложнений [2].

Цель

Оценить ближайшие результаты хирургического лечения пациентов с острым деструктивным калькулезным холециститом.

Материал и методы исследования

Изучены результаты хирургического лечения 134 пациентов с деструктивным калькулезным холециститом (методом сплошной выборки), находившихся на лечении на базе хирургического отделения № 1 ГУЗ «Гомельская городская клиническая больница № 3» в период с 01.01.2017 по 31.08.2019 г.

Всего за указанный период на стационарном лечении в отделении находилось 3975 пациентов, из них по поводу желчнокаменной болезни — 705 пациентов, что составило 17,7 % от всей хирургической патологии. Острый калькулезный холецистит был выявлен у 195 (27,6 %) пациентов, из них у 132 (67,7 %) пациентов диагностированы деструктивные формы.

Статистическая обработка выполнялась при помощи пакета прикладных программ «Microsoft Excel» и «MedCalc 10.2.0.0» (MedCalc, Mariakerke, Belgium). Данные представлены в виде среднего арифметического и стандартного отклонения ($M \pm SD$).

Результаты исследования и обсуждение

Из числа 132 пациентов флегмонозный холецистит диагностирован у 75 (56,8 %), гангренозный у 57 (43,2 %) пациентов, что было подтверждено патоморфологическим исследованием удаленных макропрепаратов. Возраст пациентов в среднем составил $60,4 \pm 8,5$ года (от 19 до 94 лет). Средний возраст женщин составил $61,1 \pm 2,1$ года, мужчин — $58,9 \pm 6,4$ года.

Деструктивные формы холецистита среди женщин наблюдались чаще, чем среди мужчин. При флегмонозном холецистите это соотношение составило 3,4 : 1, при гангренозном — 1,4 : 1. Средний возраст пациентов с флегмонозным холециститом составил $55,9 \pm 4,2$ лет, при гангренозном — $67,1 \pm 3,9$ лет.

На основании корреляционного анализа была выявлена достоверная положительная связь между заболеваемостью деструктивным холециститом и временем года (рисунок 1).

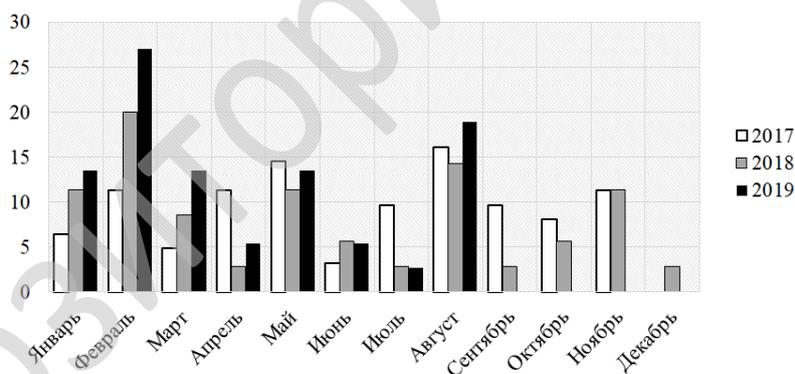


Рисунок 1 — Динамика заболеваемости острым деструктивным холециститом за 2017–2019 гг.

По данным рисунка 1, наибольшая общая заболеваемость деструктивными формами острого калькулезного холецистита зарегистрирована в августе 2017 г. (16,1 %) и феврале 2019 г. (27 %), а наименьшая в марте, июне и декабре (от 2,9 до 5,4 %).

В каждый триместр в течение каждого года отмечен рост заболеваемости с последующим снижением.

Время госпитализации пациентов от начала приступа острого холецистита составило от 10 до 96 ч. Наиболее часто, в 87 (65,9 %) случаях больные были госпитализированы в течение 24–48 ч после начала приступа. Также из анамнеза было выявлено, что большинство пациентов — 90 (68,2 %) приступы острого холецистита отметили впервые в жизни. А остальные 44 (33,3 %) ранее отмечали приступ боли в правом подреберье, были обследованы и знали, что у них имеются камни в желчном пузыре.

Наиболее частыми жалобами пациентов при поступлении в стационар являлись боли в области правого подреберья и эпигастрия (у всех пациентов), повышение температуры свыше фебрильных значений (38,7 %), тошнота и рвота, не приносящие облегчения (16,7 %).

Длительность болевого приступа до 24 ч отмечена у 44 (33,3 %) пациентов, 24–48 ч — у 19 (14,4 %) пациентов, свыше 48 ч — у 69 (52,3 %) пациентов.

При пальпации у большинства пациентов выявлялась локальная болезненность, положительные симптомы Ортнера, Мерфи. Дефанс мышц отмечен в 102 (77,3 %) случаях. Симптом Мюсси-Георгиевского не определялся ни в одном случае.

При анализе периферической крови лейкоцитоз был выявлен в 72 (54,5 %) случаях. Среднее число лейкоцитов крови составило — $12,9 \pm 1,9 \times 10^9$ в литре.

При анализе данных протоколов УЗИ средние размеры желчного пузыря составили: длинник — $112,2 \pm 3,6$ мм, поперечник — $34 \pm 1,9$ мм, средняя толщина стенки $4,5 \pm 0,5$ мм. Достоверной разницы по данным показателям при различных патоморфологических формах острого холецистита выявлено не было.

Консервативное лечение в стационаре проводилось согласно клиническим протоколам. Оперированы по срочным и экстренным показаниям все 132 пациента. У 2 (1,5 %) пациентов произведена традиционная холецистэктомия. В 130 (98,5 %) случаях была выполнена лапароскопическая холецистэктомия. В том числе были 25 пациентов с осложненным острым холециститом (в 17 случаях обширный перивезикальный инфильтрат, в 4 — перивезикальный абсцесс, в 2 — подпеченочный абсцесс, по одному случаю поддиафрагмального абсцесса и холецистодуоденального свища). Переход на лапаротомию не потребовался ни в одном из наблюдений. Санация брюшной полости проводилась лапароскопически. Свищевое отверстие двенадцатиперстной кишки было ушито интракорпоральным швом. Средняя длительность операции составила $89,4 \pm 3,5$ мин.

При выполнении видеоскопических вмешательств использовали ряд технических приемов. Пневмоперитонеум накладывали по стандартной методике с помощью иглы Вереша. В случае предшествующей лапаротомии использовали методику «открытой» лапароскопии, в том числе и в нестандартных точках брюшной стенки. Во всех случаях производилась пункция желчного пузыря троакаром Д5 с эвакуацией содержимого и отмыванием полости пузыря. В случае массивного инфильтрата выделение желчного пузыря производили тупым зажимом, тупфером, или кончиком аспиратора. Пузырь у шейки при выраженной ее инфильтрации удерживали введенным по среднеключичной линии когтевым зажимом Д10 с кремальерой. Также при массивном перивезикальном инфильтрате, а также выраженном ожирении использовали дополнительный троакар Д5 с ретрактором. Коагуляция ложа желчного пузыря производилась с использованием стандартных и специальных режимов. При ее неэффективности гемостаза из печеночной паренхимы использовали коагуляцию тканей через небольшой участок влажной марлевой турунды. По ходу операции производили обильный лаваж водным раствором хлоргексидина. Во всех случаях выполняли дренирование подпеченочного пространства. Дренаж удаляли, как правило, на вторые сутки послеоперационного периода.

Среднее число дней пребывания пациентов на стационарной койке в отделении за период исследования составило $11,2 \pm 1,8$ сут.

В послеоперационном периоде у 2 пациентов развились неполные наружные желчные свищи, закрывшиеся самостоятельно к моменту выписки, еще у 4 пациентов диагностированы серомы послеоперационных ран. Интраабдоминальных инфекционных осложнений не отмечено. Летальных исходов не было.

Выводы

Несмотря на высокий уровень развития современной клинической медицины, проблема острого холецистита в настоящее время сохраняет свою актуальность и остается

одной из наиболее распространенных в абдоминальной хирургии. Ближайшие результаты лечения соответствуют литературным данным.

Отмечена сезонность заболевания деструктивными формами острого холецистита — в каждый триместр в течение каждого года отмечен рост заболеваемости с последующим ее снижением.

В большинстве случаев острого деструктивного холецистита, в том числе осложненного, при соблюдении ряда технических приемов возможно выполнение малоинвазивных видеоэндоскопических вмешательств.

ЛИТЕРАТУРА

1. Острое поражение печени при остром деструктивном холецистите / А. П. Власов [и др.] // Современные проблемы науки и образования. — 2017. — № 5. — С. 78–83.
2. Математическая модель и программа прогнозирования формы калькулезного холецистита у экстренных больных / Б. А. Магруппов [и др.] // Инновации в науке: сб. ст. по матер. LX междунар. науч.-практ. конф. — Новосибирск: СибАК, 2016. — № 8 (57). — С. 28–35.
3. Timing of percutaneous cholecystostomy affects conversion rate of delayed laparoscopic cholecystectomy for severe acute cholecystitis / A. Bickel [et al.] // Surg Endosc. — 2016. — Vol. 30. — P. 1028–1033.
4. Advances in the management of acute cholecystitis / D. Mou [et al.] // Ann Gastroenterol Surg. — 2019. — № 3(3). — P. 247–253.

УДК 616.717/.718-006.2-081-053.2

МОРФОЛОГИЯ КОСТНЫХ КИСТ КОНЕЧНОСТИ У ДЕТЕЙ

Мохаммади М. Т., Пашкевич Л. А., Соколовский О. А., Шпилевский И. Э.

Государственное учреждение

«Республиканский научно-практический центр травматологии и ортопедии»

г. Минск, Республика Беларусь

Введение

Костная киста — достаточно распространённое, характерное для детского возраста опухолеподобное поражение кости. Анатомический субстрат кист — губчатая кость метафиза с обильной венозной сетью, примыкающая к ростковой пластинке. По своей сути процесс формирования костной кисты является дистрофическим, и вид ее зависит от характера нарушения внутрикостной гемодинамики: аневризальная костная киста (АКК) развивается при остром, а простая костная киста (ПКК) — при хроническом ее нарушении. Существуют мнения, связывающие развитие кист с травмой, инфекцией, гемангиомой, придерживающиеся синовиальной и остеодистрофической теорий. Имеются работы, в которых утверждается, что АКК является вторичной патологией, и развивается в результате дистрофических процессов в некоторых доброкачественных опухолях; наиболее часто в качестве «предшественника» упоминается гигантоклеточная опухоль [1, 3, 4, 5].

Оба варианта костных кист, несмотря на множество общих черт, имеют и заметные различия. В целом костные кисты составляют 21–57 % от всех доброкачественных новообразований скелета у детей; ПКК встречается в 3–4 раза чаще, чем АКК. При этом АКК чаще поражает позвонки и кости таза [2, 3, 5].

Клиническая симптоматика ПКК на ранних стадиях ее развития достаточно скудная — пациенты обычно отмечают только низкоинтенсивные ноющего характера боли, как правило, после физической нагрузки. В 50–65 % случаев она является «рентгенологической находкой» или обнаруживается в результате патологического перелома; сращение его наступает в обычные сроки, и в 10–25 % случаев может заканчиваться самоизлечением. Клиника АКК более выраженная — боли, как правило, постоянные, часто наблюдается нарушение функции конечности, припухлость мягких тканей, болезненность и «пергаментный хруст» при пальпации. Рентгенологически ПКК — центрально расположенный литический очаг, равномерно «раздувающий» кость. Активная киста