

Выводы

1. Среди гистологических форм доброкачественных новообразований преобладают аденоматозные формы кишечных полипов.

2. Частота множественных полипов толстой кишки составляет 5 %.

3. По данным нашего исследования, преобладает высокая степень дисплазии полипов (40 %), что в свою очередь говорит о высоком риске малигнизации этих новообразований.

4. Возрастная структура заболеваемости не отличаются от данных мировых исследований, пик заболеваемости приходится на 60–67 лет. Рост заболеваемости отмечается после 50 лет (97 %).

5. Своевременное диспансерное обследование, формирование диспансерных групп, групп риска развития рака толстой кишки среди населения является важной задачей врачей-специалистов в Республике Беларусь.

ЛИТЕРАТУРА

1. GBD 2018 Disease and Injury Incidence and Prevalence Collaborators. Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 310 diseases and injuries, 1990–2018: A systematic analysis for the global burden of disease study 2018 // *Lancet*. — 2018. — № 388. — 1602 p.
2. Максимов, В. П. Предраковые состояния / В. П. Максимов // *Медицинская газета. Конспект врача*. — 2016. — № 18 (1785). — С. 8–9.
3. Слободин, Ю. В. Лапароскопическая хирургия толстой и прямой кишки / Ю. В. Слободин, С. В. Сидоров // *Онкология. Новости хирургии*. — 2016. — № 2 (24). — С. 197–202.
4. Стяжкина, С. Н. Оценка заболеваемости полипами желудочно-кишечного тракта в БУЗ УР "1 РКБ МЗ УР" города Ижевска / С. Н. Стяжкина, А. А. Степанова, А. П. Охотникова // *Достижения науки и образования*. — 2019. — № 2. — С. 96–98.
5. Ахметзянов, Ф. Ш. Оптимизация хирургического лечения пациентов после обструктивных резекций толстой кишки / Ф. Ш. Ахметзянов, В. И. Егоров // *Онкология. Новости хирургии*. — 2017. — № 5 (25). — С. 488–492.

УДК 616.36-008.5-02-08

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХОЙ РАЗЛИЧНОЙ ЭТИОЛОГИИ

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

¹Учреждение здравоохранения

«Гомельская городская клиническая больница № 3»,

²Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Механическая желтуха — один из самых распространенных и тяжелых синдромов среди хирургических заболеваний органов гепатопанкреатодуоденальной зоны. В зависимости от локализации поражения частота ее варьирует, причем при холедохолитиазе этот уровень колеблется от 4,8 до 22,5 %, а при злокачественных новообразованиях составляет от 36,6 до 47 % случаев [1].

Длительная механическая желтуха приводит к печеночно-почечной недостаточности, тромбогеморрагическому синдрому, снижению иммунологического статуса, холангиту.

Статистические данные свидетельствуют, что холедохолитиаз встречается у 8–20 % больных желчнокаменной болезнью. Стеноз большого дуоденального сосочка на фоне холедохолитиаза встречается у 3–50 % пациентов. Летальность при обтурационной желтухе достигает 4–28 %, а в случае присоединения гнойного холангита может возрастать до 17–88 % [2]. При этом до 90 % летальности приходится на пациентов пожилого и старческого возраста. Также растет частота заболеваний поджелудочной железы,

сопровождающихся синдромом холестаза [3]. Вмешательства на высоте механической желтухи увеличивают число послеоперационных осложнений и летальность до 50 %, в то время как у пациентов, подвергшихся радикальной операции после купирования желтухи, осложнения наблюдаются значительно реже [3].

Цель

Целью исследования является анализ результатов лечения пациентов с механической желтухой различной этиологии.

Материал и методы исследования

Изучены результаты комплексного лечения 105 пациентов с различными формами механической желтухи (методом сплошной выборки), находившихся на лечении на базе хирургического отделения № 1 ГУЗ «Гомельская городская клиническая больница № 3» за период с 01.01.2016 по 06.04.2020 гг.

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 их обсуждение

Из числа пролеченных пациентов женщин было 77 (73,3 %), мужчин — 28 (26,7 %). Соотношение по полу составило 2,6:1. У 83 (79,0 %) пациентов желтуха развилась на фоне желчнокаменной болезни, а у 22 (21,0 %) — на фоне различных опухолей.

Возраст пациентов был от 19 до 98 лет (среднее значение $63,7 \pm 15,1$ лет). Средний возраст женщин составил $65 \pm 16,4$ года, мужчин — $60,2 \pm 14,9$ года.

Причиной механической желтухи у 75 пациентов (71,4 %) явился холедохолитиаз, у 9 пациентов (8,6 %) — острый панкреатит, у 3 (2,9 %) — хронический панкреатит.

Злокачественные заболевания диагностированы у 18 пациентов (17,1 %). Среди них встретились 12 случаев рака головки поджелудочной железы, 3 случая рака внепеченочных желчных протоков, 2 случая метастатических поражений печени и 1 случай рака фатерова соска.

У 8 пациентов (7,6 %) желтуха была осложнена холангитом.

Наиболее частыми жалобами пациентов при поступлении в стационар являлись иктеричность склер и видимых слизистых (у всех пациентов), боли в верхних отделах живота у 100 пациентов (95,2 %), кожный зуд у 47 пациентов (44,7 %). Повышение температуры отмечено в 51 случае (48,6 %), тошнота и рвота в 16 случаях (15,2 %).

Длительность болевого синдрома до 6 часов отмечена у 16 (15,2 %) пациентов, 6–12 ч — у 10 (9,5 %) пациентов, 12–24 ч — у 13 (12,4 %) пациентов, 24–48 ч — у 8 (7,6 %) пациентов, 48–72 ч — у 23 (21,9 %) пациентов, свыше 72 ч — у 30 (28,6 %) пациентов.

У 24 (22,9 %) пациентов механическая желтуха сочеталась с острым калькулезным холециститом.

Симптом Курвуазье выявлен в 8 (7,6%) случаях, однако в группе пациентов с опухолевыми причинами желтухи его частота составила 36,4 %.

Иктеричность склер и кожных покровов в течение суток до поступления в стационар отметили 50 (47,6 %) пациентов, в период до 3 суток — 20 (19 %) пациентов, а у 35 (33,3 %) поступивших желтуха началась более 3 суток назад.

Сопутствующая патология выявлена у 75 (71,4 %) пациентов. Ведущее место занимали сердечно-сосудистая патология — у 58 (77,3 %) больных, заболевания желудочно-кишечного тракта — у 7 (9,3 %), хронические заболевания лёгких — у 5 (6,7 %), сахарный диабет — у 5 (6,7 %) пациентов.

Для диагностики проводились клинический и биохимический анализы крови, исследование системы гемостаза, ультразвуковое исследование, фиброгастродуоденоскопия. В ряде случаев применена эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография и компьютерная томография, а также интраоперационное ультразвуковое исследование.

В биохимическом анализе крови повышение уровня общего билирубина в сыворотке крови до 100 мкмоль/л наблюдалось у 41 (39,4 %), до 200 мкмоль/л у 40 (33,2 %), более 200 мкмоль/л у 18 (27,4 %) пациентов. Средний уровень общего билирубина у пациентов с механической желтухой неопухолевого генеза составил $113,1 \pm 7,7$ мкмоль/л, а прямого — $71,9 \pm 5,2$ мкмоль/л, аналогичные параметры у пациентов с механической желтухой опухолевого генеза были значительно выше — $172,8 \pm 7,3$ мкмоль/л и $107 \pm 4,3$ мкмоль/л, соответственно. Повышение уровня прямой фракции билирубина выше $\frac{1}{2}$ от референсного значения общего билирубина отмечено у 78 (74,3 %) пациентов.

При анализе протоколов ультразвукового исследования увеличение размеров желчного пузыря выявлено в 71 (67,6 %) случаях. Средние размеры желчного пузыря составили: длинник — $95,6 \pm 2,9$ мм, поперечник — $36,4 \pm 1,3$ мм, средняя толщина стенки $3,7 \pm 1,6$ мм. Достоверной разницы по данным показателям при механической желтухе различной этиологии выявлено не было. Наличие расширения внутрипеченочных протоков выявлено в 29 (27,6 %) случаях, холедоха — в 72 (68,6 %) случаях. Средние размеры холедоха составили — $9,9 \pm 5,5$ мм. Непосредственно причина механической желтухи на УЗИ была выявлена лишь в 8 (7,6 %) случаях.

На фиброгастроуденоскопии наиболее частым признаком было отсутствие поступления желчи, в 1 случае выявлен вклиненный камень большого дуоденального соска, еще в 1 — рак последнего.

С целью уменьшения последствий билиарной гипертензии, воспалительных процессов и торможения прогрессирования поражений печени всем пациентам проводили комплексную консервативную предоперационную подготовку, включающую: инфузионную терапию (раствор глюкозы с инсулином, солевые растворы, реополиглюкин, белковые препараты, кровезаменители), антибиотикотерапию, препараты, улучшающие функцию печени (эссенциале-форте, эссенцикапс, гептрал), аминокислоты (гаммин 40, гепавил), симптоматическую терапию. Для профилактики эрозий и острых язв вводили парентерально блокаторы желудочной секреции (ребтанза, омез), антацидные и обволакивающие препараты. Также осуществлялась коррекция свертывающей системы.

Всего оперировано 67 (63,8 %) пациентов, 34 (32,4 %) пациентам вмешательство не потребовалось. Эндоскопическая папиллосфинктеротомия с литоэкстракцией произведена в 3 (2,9 %) случаях и еще в 1 случае применена чрескожная чреспеченочная холангиостомия.

Лапароскопическая холецистэктомия, в том числе с наружным дренированием холедоха, произведена в 33 (49,3 %) случаях, когда показания к наложению билиодигестивного анастомоза отсутствовали. Вмешательство из лапаротомного доступа применено у 28 (41,8%) пациентов, из них в 23 случаях операцию завершили формированием гепатикоюноанастомоза, в 5 — холедоходуоденоанастомоза. Обходной холецистоюноанастомоз с брауновским соустьем наложен у 6 пациентов (8,9 %).

Средняя длительность операции составила $131 \pm 63,2$ мин. Среднее число дней пребывания на койке в отделении составило $13,2 \pm 6,0$ сут.

Среди послеоперационных осложнений у 8 пациентов отмечены серомы послеоперационной раны (11,9 %), у 2 пациентов (2,9 %) сформировался неполный наружный желчный свищ. Все осложнения купированы консервативными мероприятиями, повторных вмешательств не потребовалось. Летальных исходов не было.

Выводы

Несмотря на высокий уровень развития современной клинической медицины, проблема лечения механической желтухи в настоящее время сохраняет свою актуальность. Особенностью этой группы пациентов является полиэтиологичность заболевания. В структуре пациентов общехирургического стационара пациенты с механической желтухой неопухолевого генеза составляют до 79 %. Признанный патогномичным для жел-

тухи опухолевого генеза симптом Курвуазье встретился лишь у 36,4 % пациентов. Скрининговый метод диагностики — ультразвуковое исследование — позволяет диагностировать косвенные признаки желтухи в 2/3 случаев, а непосредственную причину — только у 7,6 % пациентов. У четверти пациентов с механической желтухой отсутствует значимое превышение уровня прямой фракции билирубина, что может затруднить дифференциальную диагностику с другими видами желтух.

ЛИТЕРАТУРА

1. Современные аспекты хирургического лечения синдрома механической желтухи / В. Ю. Михайличенко и [др] // Современные проблемы науки и образования. — 2019. — № 3; Режим доступа: URL: <http://www.science-education.ru/ru/article/view?id=2875>. Дата доступа: 13.09.20 г.;
2. Здоровоохранение в Республике Беларусь [электронное издание]: офиц. стат. сб. за 2015–2019 гг. — Минск: ГУ РНПЦ МТ, 2019.
3. Оптимизация лечения больных механической желтухой злокачественного генеза / С. С. Шестопапов и [др] // Хирургия. Журнал имени Н. И. Пирогова. — 2019. — № 2; Режим доступа: URL: <http://doi.org/10.17116/hirurgia201902140>. Дата доступа: 13.09.20 г.

УДК 616.381-002-089

СОВРЕМЕННЫЕ СПОСОБЫ ЛЕЧЕНИЯ РАСПРОСТРАНЕННОГО ПЕРИТОНИТА (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)

Мосолова А. В.

**Федеральное государственное бюджетное
образовательное учреждение высшего образования
«Курский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
г. Курск, Российская Федерация**

Введение

Вопрос санации брюшной полости в условиях распространенного перитонита остается актуальным и на современном этапе развития хирургии [1]. В настоящее время уровень летальности пациентов в послеоперационном периоде, из-за некупированного воспалительного процесса брюшины, варьируется от 16 до 30 % [2]. Смерть наступает из-за прогрессирования ряда синдромов: системной воспалительной реакции, абдоминального сепсиса, окислительного стресса и эндотелиальной дисфункции, кишечной недостаточности и интраабдоминальной гипертензии [3]. Первостепенное значение в лечении распространенного перитонита занимает выбор способа санации брюшины. От этого будет зависеть дальнейшая вероятность возникновения осложнений и течение послеоперационного периода. Главной целью санации брюшной полости, помимо очищения ее от гнойного экссудата, является снижение количества патогенных микроорганизмов, оказывающих токсическое воздействие на организм [4].

Решающим в вопросе лечения остаётся комплексный подход, который включает в себя: устранение источника перитонита, удаление перитонеального экссудата, промывание брюшины антисептиком, дренирование брюшной полости,

Цель

Анализ современных способов лечения перитонита.

Материал и методы исследования

Проведено изучение и анализ доступных источников информации, большинство из которых были найдены в научной электронной библиотеке «Elibrary», «Medlib», «Booksmed» по следующим направлениям лечения перитонита: оптимизация техники и способов санации, антисептические растворы и пролонгированные антисептические формы.

Результаты исследования и их обсуждение

В настоящее время существует 6 способов лечения распространённого перитонита, характеристика которых представлена в таблице 1.