

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

<sup>1</sup>Учреждение здравоохранения

«Гомельская городская клиническая больница № 3»,

<sup>2</sup>Учреждение 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.