

Показатели ЛИИ и ГПИ превышающие их нормальные значения приводят к развитию эндогенной интоксикации (ЭИ), связанной с повреждением кости и окружающих мягких тканей, с развитием воспаления в зоне повреждения, которая снижает устойчивость организма к бактериальной инфекции. На 3-е сутки ЭИ снижается за счёт выведения продуктов повреждения из организма. Следовательно, если показатели гематологических индексов не снижаются к третьим суткам до границ нормальных значений, существует риск развития инфекционных осложнений при последующем лечении.

Динамика снижения гематологических показателей различна: у пациентов, при проведении оперативного лечения на 3, 4-е сутки после получения травмы значения ЛИИ и ГПИ в послеоперационном периоде составляли $1,05 \pm 0,32$ и $2,1 \pm 0,26$, начиная с 5-х суток и более показатели интоксикации увеличивались: ЛИИ — $1,6 \pm 0,11$ и ГПИ — $3,14 \pm 0,34$ соответственно. Имеется тесная связь между величиной гематологических показателей и частотой послеоперационных осложнений: чем больше величина индексов в день операции, тем выше вероятность развития инфекционного осложнения раны.

Исключение составляют пациенты, оперированные в первые часы (первые сутки) с момента травмы. Несмотря на высокие показатели индексов, у них отмечалось наименьшее количество осложнений.

Выводы

1. Вероятность развития септических и инфекционных осложнений в области послеоперационной раны коррелируется с величиной индексов эндогенной интоксикации в день операции.

2. Наиболее благоприятным периодом для проведения оперативного лечения являются 3–4-е сутки, а также первые часы после получения травмы.

3. Изменение показателей интоксикации в процессе лечения у пациентов с переломом проксимального отдела большеберцовой кости требует более внимательного подхода к выбору метода лечения, срокам его проведения, более длительной антибиотико-профилактики и проведения дезинтоксикационной терапии у пациентов с тяжёлой сопутствующей патологией.

ЛИТЕРАТУРА

1. Новые подходы к лечению внутрисуставных переломов проксимального отдела большеберцовой кости / М. В. Гилев [и др.] // Уральский медицинский журнал. — 2012. — № 6. — С. 121–127.
2. Писарев, В. В. Гематологические показатели интоксикации при оценке тяжести течения и ранней диагностике воспалительных осложнений у больных с переломами длинных костей конечностей / В. В. Писарев, С. Е. Львов // Травматология и ортопедия России. — 2012. — № 2. — С. 41–47.
3. Инфекционные осложнения послеоперационной раны при металлоостеосинтезе закрытых переломов длинных трубчатых костей / В. В. Писарев [и др.] // Травматология и ортопедия России. — 2008. — № 2. — С. 14–19.
4. Соломенников, А. В. Прогностическое значение оценки эндогенной интоксикации в определении риска послеоперационных гнойно-воспалительных осложнений у больных раком толстой кишки / А. В. Соломенников, Э. Г. Топузов, И. В. Станчиц // Эфферентная терапия. — 2003. — № 9 (2). — С. 27–32.
5. Сухоруков, В. П. Интегральные гематологические индексы как критерии тяжести и эффективности терапии преэклампсии / В. П. Сухоруков, С. А. Дворянский, Д. В. Попов // Клиническая лабораторная диагностика. — 2007. — № 11. — С. 47–50.

УДК 616.345/.35-006-089

ОСНОВНЫЕ ХИРУРГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ЛЕЧЕНИЯ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ ТОЛСТОЙ КИШКИ

Мисевич А. А., Берещенко В. В., Правдиков В. А., Гостев Р. О., Батт Т. А.

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Согласно статистике всемирной организации здравоохранения, в структуре всех онкологических заболеваний, рак толстой кишки занимает третье место [1]. Частота

малигнизации полипов толстой кишки колеблется от 14 % (одиночные полипы) до 20 % (множественные полипы) [2]. Она зависит от их размеров, гистологической формы, количества, длительности заболевания и степени дисплазии. Пожилой возраст, локализация полипов в области физиологических изгибов и в правой половине толстой кишки, расположение полипов на широком основании, а также их множественность являются неблагоприятными прогностическими факторами. Согласно литературным источникам, на сегодняшний день выделяются следующие этиологические факторы развития новообразований толстой кишки: генетическая предрасположенность, особенности питания (употребление рафинированных продуктов, избыток животной пищи, недостаток грубой клетчатки), хронические воспалительные заболевания толстой кишки (хронический колит, дивертикулез толстой кишки), хронический запор [4]. Жирная пища способствует росту и делению стволовых клеток кишечника, в результате чего гиперрегенеративные процессы, происходящие в эпителии толстой кишки, способствуют развитию новообразований толстой кишки. Обуславливает это ген и связанный с ним рецептор PPAR-дельта, работа которого усиливается в присутствии жирных кислот в межклеточном пространстве. Установлена прямая зависимость между концентрацией этого гена, и количеством новообразований толстой кишки [5]. В основе патогенеза лежат два механизма геномной нестабильности: хромосомная и микросателлитная. При хромосомной нестабильности происходит перестройка больших участков хромосом, что выявляется в 85 % случаев рака толстой кишки. Микросателлитная нестабильность – молекулярно-генетический феномен, отражающий дефект репарации неспаренных оснований ДНК, наблюдается в 15 % случаев рака толстой кишки [5].

Чаще всего кишечные полипы не ассоциируются с какими-либо выраженными клиническими симптомами. Процесс образования полипов часто остается незамеченным из-за отсутствия специфической клинической картины заболевания. Они могут становиться причиной кровотечения в просвет кишки, с развитием анемического синдрома или сопровождаться симптомами обтурационной кишечной непроходимости при образованиях большого диаметра. Несвоевременное обнаружение новообразования и позднее хирургическое лечение приводят к трансформации полипа в аденокарциному толстой кишки [3]. Большое количество случаев неосложненных новообразований остается не диагностированным.

Цель

Провести анализ удаленных новообразований толстой кишки у пациентов, находившихся на лечении в колопроктологическом отделении Гомельской областной специализированной клинической больницы.

Материал и методы исследования

Проведено изучение заключений гистологического исследования новообразований толстой кишки 1221 пациента, находившихся на лечении в областном проктологическом отделении УЗ «Гомельская областная специализированная клиническая больница» с января 2018 по октябрь 2019 гг. Обработка проводилась с помощью пакета программ «Microsoft Office Excel 2016».

Результаты исследования и их обсуждение

Наиболее часто полипы толстой кишки в нашем исследовании выявлялись у пациентов старшей возрастной группы 50–80 лет, среди которых наибольшая частота приходится на пациентов в возрасте 60–70 лет (45 %). В ходе исследования различных возрастных групп пациентов было установлено число случаев в возрастной группе пациентов младше 50 лет составило 38 (3 %), в то время как число случаев в возрасте 50–60 лет составило 378 (31 %), а в возрасте 60–70 лет 549 (45 %) случаев, в возрасте 70–80 лет 256 (21 %) случаев.

Для оценки степени риска, а также для формирования более грамотной хирургической тактики в мировой практике принято использовать гистологическую классификацию кишечных полипов. Различают аденоматозные, гиперпластические, гамартмные полипы толстой кишки. Аденоматозные, в свою очередь, делятся на тубулярные, ворсинчатые и смешанные. Самую серьезную угрозу в вопросе злокачественных новообразований представляют аденоматозные полипы, которые малигнизируются, по данным различных исследований, от 15 до 25 % [5]. В ходе нашего исследования, число аденоматозных форм кишечных полипов составило 625 (51 %) случаев. Существенных гендерных отличий по гистологическим формам полипов толстой кишки среди пациентов выявлено не было, в связи с чем приводится обобщенная статистическая характеристика гистологических форм новообразований толстой кишки: ворсинчатые аденомы встречались в 48 (3 %) случаях, тубулярные аденомы — 262 (21 %), тубулярно-ворсинчатые аденомы — 166 (14 %), зубчатые аденомы — 400 (33 %), фиброэпителиальные полипы — 72 (6 %), гиперпластические полипы — 143 (12 %), остальные случаи пришлось на аденокарциномы различной степени гистологической дифференцировки в 130 (11 %) случаях.

Риск малигнизации доброкачественных новообразований коррелирует и с размером аденом: 90 % имеют размеры менее 1 см (1 % риска), 10 % — более 1 см (10 % риска) [2]. В нашем исследовании средний размер всех новообразований составлял 1,08 см, минимальный диаметр — 0,3 см, максимальный — 1,9 см. Среди всех новообразований в 106 (59 %) случаях, диаметр превышал 1 см. По степени морфологической дифференцировки эпителия выделяют следующие группы новообразований: низкая, средняя, и высокая степень дисплазии. При низкой степени сохраняется архитектура желез и ворсин, уменьшается число бокаловидных клеток эпителия, происходит изменение ядра, число митозов незначительно увеличено. Средняя степень дисплазии характеризуется клеточной атипией, изменениями ядра, и еще большим уменьшением бокаловидных клеток в сравнении с низкой степенью. Высокая степень — это нарушение строения желез и ворсин, ядра начинают располагаться во всех отделах клетки, присутствует большое количество митозов, бокаловидные клетки полностью отсутствуют [4]. В нашем исследовании случаи с низкой степенью дисплазии составили 296 (31 %), со средней степенью дисплазии 272 (29 %), с высокой степенью 380 (40 %).

Основным методом инструментальной диагностики кишечных полипов является колоноскопия, позволяющая визуализировать новообразование, оценить его форму, размер, и строение. В Республике Беларусь по протоколам лечения этому исследованию подвергается каждый человек, возрастом старше 50 лет. При обнаружении полипа, пациенту проводится хирургическое его удаление. Все удаленные новообразования обязательно передаются для гистологического исследования, чтобы оценить их форму и степень дисплазии. Это позволяет определить дальнейшую врачебную тактику, объем и сроки диспансерного наблюдения за пациентом [4]. Эндоскопически можно удалить только образования, диаметр которых не превышает 2 см, если диаметр новообразования больше, то в таком случае проводится поэтапная эндоскопическая эксцизия или резекция пораженного участка толстой кишки. В нашем исследовании число резекций толстой кишки составило 86 (7 %) случаев, количество поэтапных удалений ворсинчатых аденом составило 171 (14 %) случаев. Расположение полипов на широком или узком основании (особенно при размерах более 1,5 см в диаметре), железисто-ворсинчатый характер их гистологического строения, наличие атипии эпителия и множественность полипов являются показаниями к более частому обследованию — одного раза в три или шесть месяцев), ввиду более высокого риска развития рецидивов [5].

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,