

лого органа. При УЗИ органов брюшной полости, которое было выполнено 55 (70,5 %) пациентам, в 29 (52,7 %) случаях выявлены эхоскопические признаки свободной жидкости в брюшной полости, у 3 (5,45 %) эхоскопические признаки свободного газа. При отсутствии свободного газа в брюшной полости и сомнительной клинической картине, в дневное время, 8 (10,25 %) пациентам выполнено ЭФГДС, на котором выставлен диагноз перфоративной гастродуоденальной язвы.

Основным оперативным вмешательством при перфоративной язве гастродуоденальной локализации являлось узловое ушивание перфоративного отверстия — у 50 (64,1 %) пациентов, с иссечением язвы и ушиванием у 3 (3,9 %) пациентов. Видеоассистированное ушивание перфоративной язвы применялось у 14 (17,9 %) пациентов. Лапароскопическое ушивание — 11 (14,1 %) пациентам. Осложнений после операции как со стороны раны, брюшной полости, так и смежных органов, не наблюдали, все пациенты были выписаны на амбулаторное лечение под наблюдением хирурга с рекомендациями дальнейшего диспансерного наблюдения гастроэнтеролога.

Выводы

Применение в комплексе неинвазивных методов диагностики (обзорная рентгенография ОБП и УЗИ ОБП) в совокупности повышают информативность в диагностике перфоративной гастродуоденальной язвы. Окончательным методом верификации диагноза являются ЭФГДС, и диагностическая лапароскопия. Диагностическая лапароскопия, при определенных условиях, может быть расширена до лапароскопического или видеоассистированного ушивания язвы, как окончательного метода операции.

ЛИТЕРАТУРА

1. Видеолапароскопия при прободной язве желудка и двенадцатиперстной кишки / И. И. Кирсанов [и др.] // Эндоскопическая хирургия. 2010. № 1. С. 8–12.
2. Клинический протокол: Диагностика и лечение пациентов (взрослое население) с прободной язвой желудка, прободной язвой двенадцатиперстной кишки при оказании медицинской помощи в стационарных условиях/ Постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь № 46 от 01.06.2017.
3. Национальные клинические рекомендации «Прободная язва» / ред. совет: В. П. Сажин [и др.] // РНД: XII Съезд хирургов России «Актуальные вопросы хирургии», 2015. С. 37.
4. Видеолапароскопия при перфоративных гастродуоденальных язвах / В. Т. Самсонов [и др.] // Журнал им. Н.И. Пирогова. 2018. № 10. С. 23–26.
5. Laparoscopic versus open repair for perforated peptic ulcer: A meta analysis of randomized controlled trials / S. Tan [et al.] // Int J Surg. 2016 Sep; 33 Pt A:124–32. doi: 10.1016/j.ijso.2016.07.077. Epub 2016 Aug 5. PMID: 27504848.

УДК 616-006.6-089-039.75:616.36-002.14

ПАЛЛИАТИВНОЕ ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОВ С МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХОЙ

Лин Н. В., Шупранов А. В.

Научный руководитель: В. В. Лин

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Механическая желтуха (МЖ) зачастую является первым и единственным тяжелым осложнением злокачественных новообразований органов гепатобилиарной зоны (ГБЗ). На начальных стадиях раковые опухоли ГБЗ диагностируются крайне редко, сравнительно чаще данные патологии выявляются случайно в результате КТ, МРТ, УЗИ органов брюшной полости. Многие авторы ставят МЖ в список обязательных осложнений опухолей ГБЗ [1].

МЖ значительно отягощает течение основного заболевания и требует неотложных мер, направленных на декомпрессию желчевыводящей системы. Пациентам с МЖ, вызванной сдавлением опухолями ГБЗ, необходима неотложная стабилизация общего состояния, в связи с чем они госпитализируются в отделения экстренной хирургии, несмотря на то, что являются пациентами онкологического профиля.

Цель

Целями и задачами данного исследования были поставлены:

1. Провести разделение пациентов в соответствии с проведенным хирургическим вмешательством по поводу МЖ.
2. Изучить морфометрические данные органов ГБЗ, изучить результаты биохимического анализа крови пациентов.
3. Выявить статистически значимые показатели в зависимости от принадлежности к той или иной исследуемой группе.
4. Провести анализ и оценку эффективности и безопасности различных методов паллиативного хирургического лечения пациентов с раковыми опухолями ГБЗ, осложненными МЖ.

Материал и методы исследования

В исследование включены 51 пациент с диагностированными раковыми опухолями ГБЗ, разделенные на 2 группы: Пациенты, которым были выполнены:

- 1) лапаротомические паллиативные операции (холецистоэнтеростомия, гепатикоюностомия) (26 пациентов);
- 2) малоинвазивные оперативные вмешательства по отведению желчи (чрескожное наружное билиарное дренирование под рентген-контролем, чрескожное чреспеченочное наружно-внутреннее дренирование под рентген-контролем, стентирование внепеченочных желчных протоков) (25 пациентов).

Исследования проводились на базе хирургического отделения № 1 Гомельской областной клинической больницы. Данные исследования взяты за период с 03.01.2019 по 04.09.2021 гг.

Математико-статистическая обработка и анализ полученных данных производились с помощью программного обеспечения «Microsoft Office Excel 2010» и пакета программ «Statistica» 10.0. При анализе результатов статистически значимыми считали различия при критическом уровне значимости $p \leq 0,05$.

Результаты исследования и их обсуждение

Количество мужчин составило 47 %, женщин — 53 %. Средний возраст пациентов в 1-й группе составил 74 года, во второй — 72 года.

Среднее количество койко-дней у пациентов, которым проводились лапаротомические вмешательства, составило 22 дня, для пациентов, которым выполнялись малоинвазивные вмешательства — 19 дней.

В процессе работы были изучены показатели биохимического анализа крови (БАК), указывающие на степень функционирования органов ГБЗ (таблица 1). Механическая желтуха сопровождается существенным повышением уровня общего билирубина (ОБ) в крови. Исходя из этого ниже изложен анализ показателей ОБ в крови.

Указанные в таблице 1 данные показывают, что после проведения паллиативного оперативного вмешательства показатели ОБ, АлАТ, АсАТ достоверно понижаются ($p \leq 0,05$), в то же время количественные показатели мочевины и креатинина незначительно повышаются, что свидетельствует о начале процесса заживления и восстановления послеоперационной раны. У пациентов, которым проводилось НБД, зафиксирован более высокий уровень ОБ по сравнению с пациентами другой исследуемой группы: ОБ выше на 14,67 %.

Таблица 1 — Данные биохимического анализа крови, указывающие на степень функционирования органов ГБЗ

Показатели биохимического анализа крови	1-я группа	2-я группа
Общий билирубин до операции (мкмоль/л)	218,2	250,2
Общий билирубин через три дня после операции (мкмоль/л)	192,8	209,5
Общий билирубин через две недели после операции (мкмоль/л)	39,4	85,4
АлАТ до операции (ед/л)	154,5	152,5
АлАТ через 3 дня после операции (ед/л)	111	95
АлАТ через две недели после операции (ед/л)	85,5	68,9
АсАТ до операции (ед/л)	151	168,7
АсАТ через 3 дня после операции (ед/л)	147,5	112,3
АсАТ через две недели после операции (ед/л)	40,3	75,4
Мочевина до операции (ммоль/л)	8,1	9,7
Мочевина через три дня после операции (ммоль/л)	14	11,8
Мочевина через две недели после операции (ммоль/л)	9,4	6,2
Креатинин до операции (мкмоль/л)	89,2	78
Креатинин через три дня после операции (мкмоль/л)	84,6	156,7
Креатинин через две недели после операции (мкмоль/л)	94,7	78,5

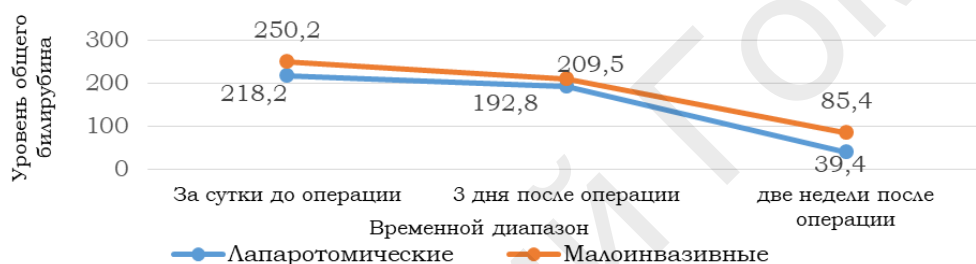


Рисунок 1 — Динамика среднего уровня общего билирубина до и после оперативного вмешательства

На рисунке 1 указано устойчивое снижение уровня ОБ после хирургического вмешательства.

В результате лапаротомического вмешательства уровень ОБ через 3 дня после операции снижается на 11,6 %, через две недели — на 82 %. После малоинвазивных операций средний уровень ОБ через 3 три дня и спустя две недели после хирургического вмешательства снижается на 16,3 и 66 % соответственно.

В процессе работы было выявлено, что малоинвазивные операции проводились при отключенном желчном пузыре, о чем свидетельствуют менее выраженное увеличение желчного пузыря и холедоха во второй группе (таблица 2).

Таблица 2 — Размеры желчного пузыря и общего желчного протока при различных хирургических вмешательствах

Вид хирургического вмешательства	Морфометрические показатели		
	размеры желчного пузыря (мм)		общий желчный проток (мм)
	длина	ширина	
Лапаротомические	124	44	16
Малоинвазивные	87	34	12

Таким образом, средние размеры ЖП при малоинвазивных операциях меньше таковых при лапаротомических операциях: длина ниже на 29,8 %, ширина — на 22 %, ОЖП — на 25 %.

Выводы

1. Выполнение малоинвазивных операций позволяет сократить пребывание пациентов в хирургическом стационаре, о чем свидетельствует среднее количество проведенных койко-дней.

2. Малоинвазивные хирургические вмешательства выполняются пациентам при невозможности внутреннего дренирования в связи с распространенностью опухоли («отключенный» ЖП), высокими показателями билирубина и крайне тяжелым состоянием пациентов.

3. Стойкое понижение уровня ОБ во всех исследуемых группах указывает на то, что все паллиативные вмешательства эффективны при лечении МЖ. Однако стоит обратить внимание на то, что наружное билиарное дренирование (НБД) не является предпочтительным методом паллиативного лечения МЖ, так как у пациентов возникают серьезные гомеостатические расстройства, связанные с потерей желчи. В случае установки чрескожного наружного дренажа желчных протоков показана реинфузия желчи в желудочно-кишечный тракт [2].

ЛИТЕРАТУРА

1. Механическая желтуха опухолевого генеза: обоснование выбора метода декомпрессии желчевыводящих протоков / П. Н. Ромашенко [и др.] // *Анналы хирургической гепатологии*. 2020. № 25(2). С. 124–136.
2. Борисов, А. Е. Эндобилиарные вмешательства в лечении механической желтухи / А. Е. Борисов, Н. А. Борисова, В. С. Верховский. СПб.: Эскулап, 1997. 152 с.

УДК 616.381-007.43-089.844

АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ РАЗЛИЧНЫХ СПОСОБОВ АЛЛОПЛАСТИКИ ВЕНТРАЛЬНЫХ ГРЫЖ

Молодой Е. Г.

Научный руководитель: к.м.н., доцент А. А. Призенцов

**Учреждение здравоохранения
«Гомельская городская клиническая больница № 3»
г. Гомель, Республика Беларусь**

Введение

Послеоперационные вентральные грыжи составляют 10–12 % всех грыж живота. Хирургическое лечение этих пациентов имеет большое социально-экономическое и практическое значение [1].

Традиционные методики оперативного лечения имеют высокую частоту рецидивов — по разным данным от 10 до 63 %. В современных условиях основным способом лечения таких пациентов стали различные виды эндопротезирования [2].

Цель исследования

Провести сравнительный анализ результатов методик эндопротезирования onlay и sublay в хирургическом лечении послеоперационных вентральных грыж.

Материал и методы исследования

Методом сплошной выборки изучены результаты хирургического лечения 163 пациентов с послеоперационными вентральными грыжами, находившихся на стационарном лечении в хирургическом отделении № 1 ГУЗ «Гомельская городская клиническая больница № 3» в период с 2018 по 2021 гг.

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

Результаты исследования и их обсуждение

Среди 163 пациентов мужчин было 49 (30,1 %), женщин — 114 (69,9 %). В возрастной структуре исследуемой выборки преобладали лица в трудоспособном возрасте (таблица 1).

Таблица 1 — Распределение пациентов по возрасту

21–30 лет	31–40 лет	41–50 лет	51–60 лет	61–70 лет	>70 лет
3 (1,8 %)	10 (6,2%)	37 (22,7 %)	51 (31,3%)	44 (27 %)	18 (11 %)