

Выделенные культуры *E. cloacae* чувствительны к амоксицилину/клавуланату в 25 % случаев, в 100 % были чувствительны к гентамицину, ко-тримоксазолу, левофлоксацину, моксифлоксацину, офлоксацину, тетрациклину, хлорамфениколу, к цефотаксиму и цефтриаксону в 75 %, ципрофлоксацину — 50 % случаев. Устойчивость изолятов *Enterobacter cloacae* к амоксицилину/клавуланату — 75 %, цефотаксиму — 25 %, цефтриаксону — 25 %, ципрофлоксацину — 50 %.

C. freundii чувствителен к амоксицилину/клавуланату в 33 % случаев, в 100 % к гентамицину, офлоксацину, цефоперазону, цефотаксиму, цефтриаксону, ципрофлоксацину. К ампициллину был устойчив во всех случаях. Устойчивость изолятов *C. freundii* к амоксицилину/клавуланату — 67 %.

Выделенные культуры *St. aureus* чувствительны в 100 % к ванкомицину, гентамицину, клиндамицину, офлоксацину, цефокситину, ципрофлоксацину, к эритромицину в 77 %. Устойчивость *St. aureus* к амоксицилину в 100 %, эритромицину в 23 % случаях.

Выводы

Основным инфекционным агентом при остром парапроктите в 2021 году у наших пациентов являлась *Escherichia coli* 28 (56 %), которая обладает наибольшей чувствительностью к цефоперазону 91 %, цефотаксиму — 79 %, гентамицину — 82 %, при устойчивости к ампициллину в 79 %. Второй по частоте встречаемости была *Klebsiella pneumoniae* 7 (14 %), которая была в 100 % чувствительна к ко-тримоксазолу, левофлоксацину, меропенему, хлорамфениколу, и в 91 % к цефоперазону.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Болквезде, Э. Э. Классификация и лечение сложных форм острого парапроктита. Пятнадцатилетний опыт. / Э. Э. Болквезде, М. А. Егоркин // Колопроктология. – 2012. – № 2 (40). – С. 13–16.
2. Brown, S. R. Perirectal abscess infections related to MRSA: a prevalent and underrecognized pathogen / S. R. Brown, J. D. Horton, K. G. Davis // J Surg Educ. – 2009. – Vol. 66, № 5. – P. 264–266.
3. Marcus, R. H. Perirectal abscess / R. H. Marcus, R. J. Stine, M. A. Cohen // Ann. Emerg. Med. – 1995. – Vol. 25, № 5. – P. 597–603.

УДК 616.36-002.14-08-052

**Е. Г. Молодой¹, А. А. Призенцов², А. А. Дмитриенко¹,
А. Г. Скуратов², Б. Б. Осипов², В. И. Сильвистрович², С. А. Воробьев¹,
Т. А. Платонова¹, А. Л. Машук¹, И. В. Никифоров¹**

¹Учреждение здравоохранения

«Гомельская городская клиническая больница № 3»,

²Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПАЦИЕНТОВ С МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХОЙ

Введение

Одной из проблем современной urgentной хирургии является лечение пациентов с обструкцией желчных путей различной этиологии. Основным проявлением этих заболеваний является синдром механической желтухи [1, 2].

Несмотря на значительный арсенал методов исследования и лечения, в том числе, малоинвазивных, дифференциальная диагностика механической желтухи сложна, а позднее выявление ее причины приводит к задержке в проведении необходимого вмешательства [2, 3]. Выбор оптимальной тактики при данном синдроме также окончательно не решен.

Цель

Изучить клиническую структуру и результаты хирургического лечения пациентов с механической желтухой различного генеза.

Материалы и методы исследования

Исследование основано на анализе результатов лечения 114 пациентов с патологией билиопанкреатодуоденальной зоны в сочетании с синдромом механической желтухи, находившихся в хирургическом отделении № 1 ГУЗ «ГГКБ № 3» за период с 01.01.2016 по 30.09.2022 гг. Статистическая обработка выполнялась при помощи пакета программ Microsoft Excel и «MedCalc 10.2.0.0» (Mariakerke, Belgium).

Результаты исследования и их обсуждение

В структуре госпитализированных пациентов за период исследования преобладали пациенты с механической желтухой, развившейся на фоне заболеваний неопухолевого генеза (82 случая, 71,9 %). В 72 (87,8 %) случаях из них причиной механической желтухи явился холедохолитиаз, в 10 (12,2 %) — острый или хронический панкреатит.

Желтуха опухолевого генеза диагностирована в 32 (28,1%) случаях. Самой частой причиной в данной группе явилась опухоль головки поджелудочной железы — 19 (59,4 %) случаев. Реже встречались злокачественные заболевания другой локализации (почек, мочевого пузыря, желудка и ободочной кишки) с метастазами в печень — 6 (18,7 %) случаев, рак вне- и внутривенечных протоков — 5 (15,6 %) пациентов, а также рак желчного пузыря — 2 (6,25 %) случая.

Средний возраст пациентов с желтухой неопухолевого генеза составил $63,7 \pm 16,1$ (от 19 до 98 лет). Основное число наблюдений составили пациенты среднего возраста от 50 лет и старше (82,7 %). В данной группе было 22 мужчины (26,8 %) и 60 женщин (73,2 %).

У пациентов с желтухой опухолевого генеза средний возраст составил $65,5 \pm 14,2$ (от 38 до 85 лет). Большинство пациентов были возрастом от 60 лет и старше (67,6 %). Среди обследованных было 9 мужчин (28,1 %) и 23 женщины (71,9 %). По полу и возрасту сравниваемые группы пациентов достоверно различались ($p \leq 0,05$).

Среди всех пациентов преобладали женщины (73,9 %), а также пациенты среднего и пожилого возраста (78,4 %).

Все пациенты были госпитализированы по неотложным показаниям через разные промежутки времени (от 2 часов до 1 месяца) от начала заболевания.

Пациенты с неопухолевой патологией помимо выраженного болевого синдрома в 79 (85,2 %) случаях и желтухи в 82 (100 %) случаях предъявляли жалобы на кожный зуд (17 пациентов, 20,7 %), потерю аппетита (10 пациентов, 12,2 %), тошноту и рвоту (15 пациентов, 18,3 %), а при присоединении холангита — на лихорадку с ознобами (7 пациентов, 8,5 %).

Все пациенты с механической желтухой опухолевого генеза (32), имели желтушность кожных покровов и склер, быструю потерю веса. Снижение аппетита отмечено в 22 (68,8 %) случаях. Боли в животе были лишь у 12 (37,5 %) пациентов.

У 22 пациентов с заболеваниями неопухолевого генеза (26,8 %) длительность желтухи была до 24 часов, у 38 (46,3 %) — от 1 до 3 суток, у 22 (26,8 %) — 3 суток и больше. По длительности желтухи до момента госпитализации имелись достоверные различия ($p \leq 0,01$).

Желтуху в течение суток до поступления в стационар отметили 7 пациентов с опухолевыми заболеваниями (21,8 %), в период до 3 суток — 10 (31,3 %), а у 15 поступивших (46,9 %) желтуха началась более 3 суток назад (причем у 5 пациентов более 1 месяца назад).

Анализируя продолжительность болевого синдрома до момента госпитализации выявлено, что у пациентов с желтухой неопухолевого генеза среднее время от начала болей до госпитализации было $36,3 \pm 13,0$ часов, в группе с желтухой опухолевого генеза — $43,9 \pm 9,9$ часов, причем у 22 пациентов (68,8 %) отмечалась безболевого проявление механической желтухи. По данному показателю группы также достоверно различаются (при $p = 0,0035$). По остальным предъявляемым жалобам достоверных различий выявлено не было.

Диагностический алгоритм включал в себя наряду с общеклиническим обследованием пациентов различные методы лабораторной и инструментальной диагностики. Средний уровень общего билирубина в группе неопухолевых заболеваний составил $110,9 \pm 80,1$ мкмоль/л, прямого — $70,9 \pm 53,1$ мкмоль/л, у пациентов с новообразованиями данные лабораторные показатели достигали больших величин: $173,7 \pm 70,7$ и $101,3 \pm 46,0$ мкмоль/л, соответственно. Разница была статистически достоверна ($p \leq 0,01$).

У пациентов с синдромом механической желтухи на фоне холедохолитиаза средний уровень АЛТ составил $204,1 \pm 62,3$ Ед/л, АСТ — $116,9 \pm 84,8$ Ед/л, а у пациентов с желтухой опухолевого генеза данные показатели варьировали в больших пределах: АЛТ — $255,1 \pm 74,4$, АСТ — $147,1 \pm 99,9$ Ед/л. Разница была статистически достоверна ($p \leq 0,05$).

При анализе данных ультразвукового исследования органов брюшной полости в предоперационном периоде особое внимание уделяли степени расширения внутрипеченочных желчных протоков и ширине холедоха. Расширение внутрипеченочных желчных протоков отмечено в 28 случаях у пациентов с неопухолевой желтухой (34,1 %) (сегментарных до 6 мм, долевых до 14 мм), и в 15 случаях (46,9 %) при онкопатологии (сегментарных до 9 мм, долевых до 15 мм).

Ширина холедоха превышала норму в большинстве случаев и была более выражена у пациентов с желтухой опухолевого генеза. Так, у 48 пациентов (58,5 %) с желтухой неопухолевого генеза холедох был до 1 см в диаметре, у 29 (35,4 %) — от 1,1 до 1,5 см, у 5 (6,1 %) — от 1,6 и более. У 19 (59,4 %) пациентов с желтухой опухолевого генеза диаметр холедоха был до 1 см в диаметре, у 5 (15,6 %) — от 1,1 до 1,5 см, а у 8 (25 %) — от 1,6 и более.

Всем пациентам для оценки состояния Фатерова соска проводилось диагностическое эндоскопическое исследование. Изменения со стороны двенадцатиперстной кишки в виде дуоденита с застойной дуоденопатией были выявлены в 8 случаях (9,8 %) у пациентов с механической желтухой неопухолевого генеза, также в 3 случаях (3,7 %) был диагностирован вклиненный конкремент в области Фатерова соска, произведена эндоскопическая папиллосфинктеротомия и литоэкстракция.

Застойная дуоденопатия у пациентов с желтухой опухолевого генеза встречалась в 4 (12,5 %) случаях. Образования Фатерова соска диагностированы в 3 (9,4 %) случаях и в 2 (6,3 %) случаях выявлено прорастание в стенку двенадцатиперстной кишки заболевания головки поджелудочной железы.

Для уточнения причины блока желчных путей и определения возможности проведения радикального вмешательства, а также планирования его объема в 47 случаях про-

водили компьютерную томографию (41,2 %).

С целью уменьшения последствий билиарной гипертензии 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 парентерально вводили блокаторы желудочной секреции (ребтанза, омез), применяли антацидные и обволакивающие препараты. Также осуществлялась коррекция свертывающей системы.

Хирургическое вмешательство было проведено 92 (80,7 %) пациентам. Пациенты с механической желтухой неопухолевого генеза прооперированы в 67 (81,7 %) случаях. Лапароскопическая холецистэктомия, в том числе с наружным дренированием холедоха произведена в 34 (41,5 %) случаях. Вмешательство из лапаротомного доступа применено у 33 (40,2 %) пациентов, из них в 26 случаях операцию завершили формированием гепатикоеюноанастомоза, в 7 — холедоходуоденоанастомоза.

Пациенты с желтухой опухолевого генеза оперированы в 25 случаях. Была проведена лапаротомия, которую в 13 случаях завершили формированием гепатикоеюноанастомоза, в 8 — холедоходуоденоанастомоза. Обходной холецистоеюноанастомоз с браунским соустьем наложен у 4 пациентов (16 %).

Средняя длительность операции при желтухе неопухолевого генеза составила $122,7 \pm 62,2$ мин, при онкопатологии — $133,8 \pm 62,2$ мин. Достоверной разницы между группами по данному параметру выявлено не было.

У группы пациентов с желтухой неопухолевого генеза общий койко-день в среднем составил $13,6 \pm 6,0$ суток, тогда как в группе пациентов с желтухой опухолевого генеза $15,2 \pm 3,9$ суток. Группы сравнения статистически достоверно различимы ($p \leq 0,05$).

Среди осложнений у группы пациентов с желтухой неопухолевого генеза в 9 случаях отмечены серомы послеоперационной раны (11,1 %), у 2 (1,8 %) пациентов сформировался неполный наружный желчный свищ. Все осложнения купированы в результате консервативного лечения и перевязок.

В группе пациентов с желтухой опухолевого генеза серомы послеоперационного рубца диагностированы в 3 (12 %) случаях. Также отмечено по 1 случаю внутрибрюшного кровотечения и несостоятельности билиодигестивного анастомоза, которые потребовали проведения повторного оперативного вмешательства.

У пациента с внутрибрюшным кровотечением в послеоперационном периоде после релапаротомии развилась полиорганная недостаточность, приведшая к летальному исходу.

Выводы

В структуре заболеваний, сопровождающихся механической желтухой, за период исследования в ГУЗ «Гомельская городская клиническая больница № 3» преобладала патология неопухолевого генеза — 72,9 %. Пациенты с желтухой опухолевого генеза составили 28,1 % случаев.

Наиболее частыми причинами холестаза, сопровождающегося синдромом механической желтухи, являются холедохолитиаз и рак головки поджелудочной железы.

По длительности анамнеза до момента госпитализации в группах с опухолевой и неопухолевым желтухой имелись достоверные различия ($p \leq 0,01$).

Также в указанных группах имелась достоверная разница в уровне билирубина ($p \leq 0,01$) и трансаминаз ($p \leq 0,05$).

Потребность в хирургическом вмешательстве составила 80,7 %. Основным оперативным пособием при данной патологии остаются билиодигестивные анастомозы в различных вариантах. В целом, результаты лечения пациентов с механической желтухой различного генеза соответствуют литературным данным.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Дифференцированный подход к применению инвазивных методов лечения опухолевой механической желтухи / Э. И. Гальперин и [др.] // *Анналы хирургической гепатологии*. – 2019. – № 24 (2). – С. 10–24. Режим доступа: <https://doi.org/10.16931/1995-5464.2019210-24>. Дата доступа: 03.09.2021 г.
2. Механическая желтуха опухолевого генеза: обоснование выбора метода декомпрессии желчевыводящих протоков / П. Н. Ромащенко и [др.] // *Анналы хирургической гепатологии*. – 2020. – № 25 (2). – С. 124–136. Режим доступа: <https://doi.org/10.16931/1995-5464.20202124-136>. Дата доступа: 03.10.2021 г.
3. Лечение больных механической желтухой злокачественного генеза на основе результатов исследования желчи / С. С. Шестопалов и [др.] // *Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова*. – 2019. – № 2 (2). – С. 40. Режим доступа: <https://doi.org/10.17116/hirurgia201902140>. Дата обращения: 02.10.2021 г.

УДК 617.55-007.43-052

*Е. Г. Молодой¹, А. А. Призенцов², А. А. Дмитриенко¹,
А. Г. Скуратов², Б. Б. Осипов², В. И. Сильвистрович², С. А. Воробьев¹,
Т. А. Платонова¹, А. Л. Машук¹, И. В. Никифоров¹, А. Р. Чернышева¹*

¹Учреждение здравоохранения

«Гомельская городская клиническая больница № 3»,

²Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

СТРУКТУРА ПАЦИЕНТОВ С НЕОСЛОЖНЕННЫМИ ГРЫЖАМИ ПЕРЕДНЕЙ БРЮШНОЙ СТЕНКИ

Введение

К настоящему времени проблема хирургического лечения грыж передней брюшной стенки различных локализаций остается весьма актуальной. Операции по их поводу составляют 10–25 % от всех хирургических вмешательств в стационарах [1].

Основным этапом операции является пластика грыжевых ворот. Применение различных способов пластики с использованием синтетических материалов стало «золотым стандартом» в лечении больных с грыжами [2].

Цель

Изучить нозологический и половозрастной состав пациентов с грыжами передней брюшной стенки и результаты их лечения в общехирургическом отделении.

Материалы и методы исследования

Методом сплошной выборки изучены результаты хирургического лечения 1408 пациентов с грыжами передней брюшной стенки, находившихся на стационарном лечении в хирургическом отделении № 1 ГУЗ «ГГКБ № 3» в период с 01.01.2018 по 31.08.2022 гг. Статистическая обработка выполнялась при помощи пакета прикладных программ «Microsoft Excel». Данные представлены в виде среднего арифметического и стандартного отклонения ($M \pm SD$).