

В 1 случае после лапароскопической аппендэктомии развилось осложнение в виде абсцесса послеоперационной раны. Смертельных исходов не было.

Средняя длительность пребывания пациентов в отделении составило $7,1 \pm 4,0$ койко-дня, послеоперационный койко-день составил $6,4 \pm 3,7$.

Выводы

Наибольшее число пациентов (29) пришлось на возрастные группы 21–30 лет и 31–40 лет (51,8 %). Жалобы и анамнез пациентов соответствовали литературным данным, однако классический признак Кохера – Волковича встретился лишь в 13 случаях (23,2 %). При анализе лабораторных показателей лейкоцитоз был отмечен у 33 человек (58,9 %). Ультразвуковые признаки острого аппендицита выявлены только у 21 пациента (37,5 %). Удельный вес лапароскопической аппендэктомии при остром аппендиците составил 80,4 %. В целом ближайшие результаты лечения данной патологии соответствуют литературным данным.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Кузин, М. И. Хирургические болезни: учебник / под. ред. М. И. Кузина. – 4-е изд., перераб. и доп. – М.: ГЭОТАР-Медиа. – 2017. – С. 801.
2. Соответствие морфологической и видеозендоскопической картин при остром аппендиците / М. С. Малгаждаров [и др.] // Вестник Казахского национального медицинского университета. – 2020. – № 1. – С. 370–372.

УДК 616.34-007.271-036.11-07-089

М. Ю. Деркач, Д. С. Невмержицкая

Научный руководитель: м.б.н. Е. Г. Молодой

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

КЛИНИЧЕСКАЯ СТРУКТУРА И РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ОСТРОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТЬЮ

Введение

Острая кишечная непроходимость (ОКН) – различных по патогенезу и течению патологических состояний, характеризующихся нарушением сократительной и эвакуаторной работы кишечника [1].

Данные заболевания остаются одной из актуальных и трудноразрешимых проблем ургентной абдоминальной хирургии. Так как, несмотря на внедрение новых методов диагностики и хирургического лечения пациентов с ОКН, сохраняется высокий процент неудовлетворительных результатов лечения и летальных исходов. Поэтому необходимы поиски усовершенствования существующих методов диагностики кишечной непроходимости, выбора адекватных оперативных пособий в каждом конкретном случае [2, 3].

Цель

Изучить клиническую структуру и проанализировать результаты лечения пациентов с острой кишечной непроходимостью.

Материал и методы исследования

Методом сплошной выборки изучены результаты лечения 25 пациентов с ОКН, находившихся на стационарном лечении в хирургическом отделении № 1 ГУЗ «Гомельская городская клиническая больница № 3» за период с 01.01.2020 по 31.12.2022 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

За двухлетний период в хирургическое отделение № 1 ГУЗ «ГГКБ № 3» поступили 25 пациентов с предварительным диагнозом ОКН. Из них 16 (64,0 %) пациентов доставлено бригадой скорой медицинской помощи, 7 (28,0 %) – госпитализированы по направлению поликлиники и 2 (8,0 %) пациента обратились самостоятельно.

Возраст госпитализированных пациентов составлял от 25 до 96 лет, причем соотношение мужчин и женщин было 1,1:1. Средний возраст пациентов составил $63 \pm 19,6$ лет. В таблице 1 представлено распределение пациентов исследуемой выборки по половозрастному критерию.

Таблица 1 – Распределение пациентов по полу и возрасту

21–30 лет		31–40 лет		41–50 лет		51–60 лет		> 60 лет	
2 (8,0 %)		1 (4,0 %)		3 (12,0 %)		4 (16,0 %)		15 (60,0 %)	
м	ж	м	ж	м	ж	м	ж	м	ж
1	1	1	0	2	1	1	3	8	7

В 15 случаях (60,0 %) спаечный процесс после перенесенных ранее вмешательств на органах брюшной полости и малого таза послужил причиной развития спаечной ОКН. Причинами развития в 4 (16,0 %) случаях являлись опухоли ободочной кишки, которые привели к ее obturации. Странгуляционная ОКН выявлена у 2 (8,0 %) пациентов, причем причиной у 1 (4,0 %) послужила ущемленная вентральная грыжа, а у второго – заворот сигмовидной кишки. В остальных случаях наблюдалась динамическая ОКН.

Установлена прямо пропорциональная связь между сроками поступления пациентов в стационар с момента начала заболевания, их возрастом, наличием сопутствующих заболеваний и послеоперационной летальностью. Среднее время от начала ОКН до госпитализации $38,7 \pm 7,7$ часа.

Одна из характерных черт течения ОКН у госпитализированных пациентов – это наличие сопутствующих заболеваний, которые затушевывают клиническую картину, ухудшают общее состояние больного, не позволяют провести полноценное обследование до операции с целью установления топического диагноза. Из всех больных исследуемой группы – 96 % (24 пациентов) имели сопутствующие заболевания, из них 19 (76 %) – патологию сердечно-сосудистой системы.

Наиболее частыми сопутствующими заболеваниями в выбранной группе пациентов были: атеросклеротический кардиосклероз (36,2 %), артериальная гипертензия (35,9 %), ИБС (25,8 %), в том числе у 3 (12,0 %) пациентов в анамнезе были инфаркты миокарда, желчнокаменная болезнь (20,0 %), хронический бронхит (16,0 %), ожирение (12,0 %), сахарный диабет (4,0 %), аденома предстательной железы (4,0 %).

Диагностический алгоритм включал в себя наряду с клиническим обследованием пациентов различные методы лабораторно-инструментальной диагностики. При ОКН опухолевого генеза характерным было снижение веса 4 (100 %), наличие схваткообразных болей, вздутие живота 1 (25,0 %), неотхождение газов и стула 4 (100 %). Болевой синдром отличался тем, что после прохождения перистальтической волны кишки, obturированной опухолью, боль полностью исчезала до новой волны.

При странгуляционной ОКН патогномичным признаком является наличие выраженных схваткообразных болей в животе на фоне имеющегося постоянного болевого синдрома. Присутствие тошноты, чувства переполнения и тяжести в эпигастрии (100 %), многократная рвота (50 %). Кроме того, при высокой тонкокишечной непроходимости у больного не будет вздутия живота, тимпанита при перкуссии, что характерно низкой кишечной непроходимости.

При анализе лабораторных показателей в большинстве наблюдений определялись высокий лейкоцитоз (89 %) и нейтрофилез, лейкоцитарный сдвиг влево (45%), средний уровень лейкоцитоза составил $11,9 \pm 3,9 \times 10^9/\text{л}$.

Всем пациентам, поступившим с подозрением на ОКН, выполняли обзорную рентгенографию ОБП, с целью выявления наличия раздутых петель тонкой и толстой кишки, содержащих газ и жидкость и имеющих вид опрокинутых чаш (чаши Клойбера). Одними из распространенных и убедительных в диагностике ОКН являются рентгеноконтрастные исследования. Так 14 пациентам проводился пассаж бария.

При анализе показателей УЗИ ОБП у 4 (16,0 %) человека были прямые признаки ОКН. При этом, в большинстве случаев выявляются косвенные признаки у 10 (40,0 %) пациентов в брюшной полости обнаружена свободная жидкость. В 3 (12,0 %) случаях петли тонкой кишки были расширены до 5,5 мм в диаметре. У 2 (8,0 %) пациентов отмечались ускоренные перистальтические движения, в 8 (72,0 %) случаях – замедление перистальтики или полное ее отсутствие. В остальных случаях были непатогномоничные изменения.

Из 25 пациентов, поступивших с предварительным диагнозом ОКН, в результате обследования у 4 (16,0 %) были выявлены заболевания, которые сопровождались клиникой динамической ОКН. В результате проведенного консервативного лечения, явления пареза кишечника разрешились. В 10 (40,0 %) случаях острая спаечная кишечная непроходимость также разрешилась консервативным путем.

Оперативное вмешательство было выполнено 11 (44,0 %) пациентам. При этом у 5 (20,0 %) пациентов кишечная непроходимость была разрешена путем лапароскопического адгезиолизиса, с назоинтестинальной декомпрессией верхних отделов ЖКТ. В остальных случаях проводилась лапаротомия с ликвидацией кишечной непроходимости и дренированием брюшной полости.

У 2 (8,0 %) пациентов наряду с висцеролизом и адгезиолизисом потребовалась резекция тонкой кишки с анастомозом «бок в бок», в 2 (8,0 %) случае выполнена правосторонняя гемиколэктомия с наложением илеотрансверзоанастомоза. 4 (16,0 %) пациентам по поводу циркулярной опухолилевых отделов ободочной кишки выполнена операция Гартмана. При ущемленной вентральной грыже, после резекции нежизнеспособной кишки и устранения непроходимости, операцию закончили натяжной герниопластикой собственными тканями. Средняя длительность операции составила 71 ± 47 мин.

Среднее сроки лечения пациентов составило $6,2 \pm 3,2$ койко-дня (у людей после операций $7,8 \pm 3,6$ койко-дня, а без операции – $5,6 \pm 2,9$ койко-дня).

Осложнения в раннем п/операционном периоде наблюдали у 5 (20,0 %) пациентов. В 1 случае – несостоятельность энтероэнтероанастомоза, после у данного пациента сформировался наружный кишечный свищ, закрывшийся самостоятельно и в 1 случае – внутрибрюшное кровотечение, потребовало релапаротомии и гемостаза, также у 3 пациентов развилась ранняя послеоперационная спаечная кишечная непроходимость. Летальный исход в 1 (4,0%) случае, связан с поздним обращением пациента в стационар, пожилым возрастом и наличием тяжелой сопутствующей патологии.

Выводы

Несмотря на высокий уровень развития современной клинической медицины, проблема острой кишечной непроходимости в настоящее время сохраняет свою актуальность и остается одной из наиболее распространенных в абдоминальной хирургии. Ближайшие результаты лечения соответствуют литературным данным. Отмечено преобладание пациентов со спаечной формой кишечной непроходимости. В большинстве случаев ОКН, в том числе осложненных форм, при соблюдении ряда технических приемов возможно

выполнение малоинвазивных видеоэндоскопических вмешательств. У тяжелых пациентов при ОКН, независимо от формы, объем оперативного вмешательства должен быть минимальным. Высокая послеоперационная летальность обусловлена возрастом пациента, наличием сопутствующей соматической патологии и поздней госпитализацией от начала заболевания.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Жидков, С. А. Диагностика и лечение острой кишечной непроходимости у больных пожилого и старческого возраста // Мед. панорама, 2005. – № 5. – 13 с.
2. Кузин М. И. Хирургические болезни: учебник для студентов медицинских вузов / под. ред. М. И. Кузина. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2017. – 801 с.
3. Catena, F. Bowel obstruction: Anarrative review for all physicians / F. Catena // World J Emerg Surg. – 2019. – № 14. – 20 с.
4. Рахматуллин, Ю. Я. Результаты лечения острой кишечной непроходимости / Ю. Я. Рахматуллин. – Вестник КАЗНМУ. – 2012. – № 1. – 281 с.

УДК 617.58:616.379-008.64]-089

Д. С. Ильюшенко, А. В. Лаврентьева

*Научный руководитель: старший преподаватель Д. М. Адамович
Учреждение образования
«Гомельский государственный медицинский университет»
г. Гомель, Республика Беларусь*

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ГНОЙНО-НЕКРОТИЧЕСКИМ ПОРАЖЕНИЕМ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ НА ФОНЕ САХАРНОГО ДИАБЕТА 2 ТИПА

Введение

В Республике Беларусь отмечается ежегодная тенденция роста заболеваемости сахарного диабета (СД), сопровождающимся в 25 % случаев развитием гнойно-некротических осложнений, в результате ишемии дистальных отделов нижних конечностей. Традиционным методом лечения синдрома диабетической стопы (СДС) являются ампутации конечности или ее сегмента, которые зависят от возраста, ряда хронических заболеваний, длительности и типа СД [1].

Отсутствие адекватного контроля со стороны пациента, лечения и профилактики СДС приводит к ранней потере трудоспособности, высокой частоте повторных ампутаций, глубокой инвалидизации и летальности до 60 %, что в свою очередь снижает качество жизни не только пациентов, но и ближайшего окружения [2].

Цель

Провести анализ частоты и объема отдельных видов ампутаций конечности на различных уровнях у пациентов с синдромом диабетической стопы.

Материал и методы исследования

На базе отделения гнойной хирургии № 1 У «ГОКБ» г. Гомеля проведен ретроспективный анализ 57 историй болезни пациентов с гнойно-некротическим поражением дистальных конечностей на фоне СД 2 типа за период 2019–2022 года.

Верификация диагноза и определение этиологии заболевания проводилась в соответствии с Клиническим протоколом «Диагностика и лечение пациентов с сахарным диабетом», Постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь 21.06.2021 № 85 [3].

Длительность СД в настоящий момент исследования составила 20 (1; 30) лет. Из общего числа больных у 27 (47,4 %) пациентов имелась инсулинозависимость, 30 (52,6 %) пациентов находились на терапии сахароснижающими пероральными препаратами.