

2. The Paris System for Reporting Urinary Cytology: The Quest to Develop a Standardized Terminology / G. A. Barkan [et al.] // АСУ. – 2016. – № 60 (3). – С. 185–197.

3. Райхлин, Н. Т. Аргирофильные белки областей ядрышковых организаторов – маркеры скорости клеточной пролиферации. / Н. Т. Райхлин, И. А. Букаева, Н. А. Пробатова, Е. А. Смирнова // Архив патологии. – 2006. – № 3. – Том 68. – С. 47–51.

4. Lipponen, P. K. Nucleolar organiser regions (AgNORs) as predictors in transitional cell bladder cancer / P. K. Lipponen, M. J. Eskelinen, S. Nordling // Br. J. Cancer (1991). – Vol. 64. – P. 1139–1144.

5. Howell, W. M. Controlled silver staining of nucleolus organiser regions with a protective colloidal developer: a one step method / W. M. Howell, D. A. Black // Experientia. – 1980 – Vol. 36. – P. 1014–1015.

6. Аргирофильные белки областей ядрышковых организаторов – маркеры скорости клеточной пролиферации / Н. Т. Райхлин [и др.] // Архив патологии. – 2006. – № 3. – Т. 68. – С. 47–51.

УДК 616.34-007.44-006-018.1-06

Е. А. Ахременко, А. Д. Шур, А. В. Киселевич

Научные руководители: старший преподаватель А. С. Терешковец

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

ОСТРАЯ ОБТУРАЦИОННАЯ КИШЕЧНАЯ НЕПРОХОДИМОСТЬ ОПУХОЛЕВОГО ГЕНЕЗА, МОРФОЛОГИЯ ОПУХОЛИ И ЕЕ ОСЛОЖНЕНИЯ

Введение

Острая кишечная непроходимость (ОКН) – синдром, характеризующийся частичным или полным нарушением продвижения содержимого по пищеварительному тракту, обусловленный механическим препятствием или нарушением двигательной функции кишечника [1].

Кишечная непроходимость (КН) составляет 1,5–9,4 % от всех заболеваний органов брюшной полости и обуславливает 3–5% случаев поступлений пациентов в хирургические отделения. Летальность при кишечной непроходимости составляет 3–10%, а в послеоперационный период достигает 30% и занимает по этому показателю одно из первых мест среди неотложных хирургических состояний. За последнее время увеличилось число пациентов с обтурационной кишечной непроходимостью опухолевого генеза (20–30%) и спаечной болезнью брюшной полости (50–80%) [2].

Причинами обтурационной кишечной непроходимости являются опухоли толстой кишки (ТК), колоректальные раки (КРР), экстраорганные опухоли, завороты сигмовидной и слепой кишок, ущемленные грыжи, копростаз, стриктуры толстого кишечника и др. В 90% случаев обтурационная кишечная непроходимость обусловлена обтурирующей злокачественной опухолью ободочной и прямой кишок [1].

По данным ВОЗ, в 2018 году зарегистрировано 1 849 518 новых случаев КРР, а частота выявления данной патологии на поздних стадиях достигла 70–75%. За этот же период КРР унес жизни 880 792 человек. С клинических позиций, группу высокого риска по КРР формируют лица с хроническими воспалительными заболеваниями кишечника (болезнь Крона, неспецифический язвенный колит), аденомами (аденоматозный полип) толстой кишки, дисплазией эпителия и гамартомами, а также муковисцидозом [3].

В 80% случаев предшествующим онкологии состоянием толстой кишки является наличие аденоматозных полипов. Научные исследования показывают, что в 89% случаев полипам сопутствует скрытое кровотечение [4].

Наиболее частыми осложнениями рака толстой кишки являются обтурационная кишечная непроходимость (20–85,5%), перфорация кишки на фоне распада опухоли

(0,39–18%), кровотечение (0,78–14,7%), прорастание опухоли в соседние органы и ткани (1,5–44,2%), перифокальные гнойно-воспалительные процессы (5–29,9%) [5].

На развитие обтурационной КН и ее прогрессирование влияет ряд факторов и, прежде всего, локализация, анатомические формы и стадии опухолевого процесса. Данное осложнение наиболее характерно для опухолей левых отделов толстой кишки (67–72%), что связано с особенностями местного роста (эндофитный, циркулярный), спецификой интрамурального лимфооттока, а также большей плотностью опухоли этой локализации и меньшим диаметром кишки [6].

Цель

Провести анализ частоты встречаемости опухолей толстого кишечника в зависимости от ее отдела, определить возникающие осложнения и их зависимость от локализации опухоли.

Материал и методы исследования

Проведен ретроспективный анализ 79 медицинских карт стационарных пациентов, включая 32 протокола патологоанатомических исследований пациентов с новообразованиями толстой кишки (МКБ: С18.0–С18.9, С19, С20) по материалам двух больниц города Гомеля (учреждение «Гомельская областная клиническая больница» и «Больница скорой медицинской помощи») и ГУЗ «Гомельское областное клиническое патологоанатомическое бюро» (патологоанатомическое отделение общей патологии № 1) за период 2021–2023 годов.

Из выбранных 79 человек было 49 (62%) мужчин и 30 (38%) женщин, средний возраст составил $70,6 \pm 15$ лет.

33 (41,7%) случая данной патологии закончились летальным исходом. Среди опухолевых образований, выявленных у пациентов, наиболее часто встречающейся опухолью была аденокарцинома – 77 случаев (97%) и 2 нейроэндокринные опухоли (3%). Среди установленных предопухолевых процессов выявлены полипы и дивертикулы в соотношении 4:5.

Все пациенты, поступившие в стационар, были с клинической картиной острой кишечной непроходимости (тошнота, частая рвота, отсутствие стула и газов, задержка мочи, боли в животе, повышение температуры тела до 38°C).

Для создания первичной базы данных для анализа использовался редактор электронных таблиц Microsoft Office Excel 2019.

Результаты исследования и их обсуждение

Проведенный анализ медицинских карт стационарных пациентов и протоколов патологоанатомических исследований показывает, что локализация опухолей в толстом кишечнике разнообразная. На опухоли слепой кишки приходится 14 случаев (17,7%) и 5 из них закончились летальным исходом; на восходящий отдел ободочной кишки (ОК) – 2 случая (2,5%) и 2 из них имели летальный исход; на печеночный угол ОК – 8 случаев (10,1%), 3 из которых закончились летально; на поперечную ОК – 4 случая (5%) (2 из них летальных); на селезеночный изгиб ОК – 2 случая (2,5%) (2 из них летальных); на нисходящую ОК – 5 случаев (6,3%) (3 из них летальных); на сигмовидную кишку приходится 26 случаев (32,9%) (10 из них летальных); на прямую кишку – 18 случаев (23%) (6 из них летальных).

Также в зависимости от локализации опухоли наблюдались различные осложнения, рассмотренные в таблице 1.

Таблица 1 – Частота встречаемости осложнений опухолей в зависимости от локализации процесса

Осложнения	Локализация опухоли							
	Слепая кишка N=14	Восходящий отдел ободочной кишки N=2	Печеночный угол ободочной кишки N=8	Поперечная ободочная кишка N=4	Селезеночный изгиб ободочной кишки N=2	Нисходящая ободочная кишка N=5	Сигмовидная кишка N=26	Прямая кишка N=18
Метастазы в печень	+	+	+	-	-	-	+	+
	(29%)	(50%)	(25%)				(23%)	(16,7%)
Метастазы в печень и брыжейку	+	-	-	-	+	+	-	+
	(7%)				(50%)	(40%)		(5,6%)
Метастазы в брыжейку	-	+	-	+	-	-	+	-
		(50%)		(50%)			(11,5%)	
Кишечное кровотечение	+	-	-	-	+	-	+	+
	(7%)				(50%)		(19,2%)	(50%)
Разлитой перитонит	+	-	+	-	-	+	+	-
	(14,3%)		(37,5%)			(20%)	(26,9%)	
Распад опухоли	+	-	-	-	-	-	+	+
	(42,7%)						(7,7%)	(27,7%)
Врастание опухоли в переднюю брюшную стенку	+	-	+	+	-	+	+	-
	(7%)		(37,5%)	(50%)		(40%)	(11,7%)	

N – количество пациентов с опухолью данной локализации

Самыми распространенными осложнениями опухолей толстой кишки являются метастазы в печень и кишечное кровотечение (у 40% из всех пациентов), менее распространенными являются распад опухоли и разлитой перитонит (у 33% из всех пациентов), у 14 % диагностировано врастание опухоли в переднюю брюшную стенку.

Также в ходе исследовательской работы установлено, что у 21 пациента (26,6%) была впервые выявлена опухоль толстого кишечника, где обтурационная кишечная непроходимость явилась первым клиническим проявлением данной патологии и причиной для госпитализации.

Выводы

1. Наиболее часто встречающейся опухолью у пациентов с обтурационной кишечной непроходимостью является аденокарцинома толстой кишки (97%), остальные 3% составили нейроэндокринные опухоли.

2. Наиболее частыми осложнениями ОКН опухолевого генеза являются метастазы в печень, кишечное кровотечение, распад опухоли и разлитой перитонит.

3. Из 79 случаев ОКН летальным исходом завершилось 33 (41,7%), среди которых наиболее частыми причинами смерти являлись перитонит, распространенное метастазирование опухоли, перфорация кишки, что указывает на необходимость своевременной и правильной постановки диагноза и достоверного гистологического подтверждения опухоли.

4. Наибольшую распространенность ОКН получила среди мужчин старше 55 лет.

5. Обтурационная кишечная непроходимость опухолевого генеза является тяжелым заболеванием, требующим в зависимости от состояния пациента проведения неотложного хирургического вмешательства.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. *Шабунин, А. В.* Сравнительный анализ лечения больных с острой обтурационной толстокишечной непроходимостью опухолевого генеза / А. В. Шабунин, Д. Н. Гугнин, А. В. Гугнин, И. Ю. Коржева // Рос. мед.-биол. вестн. им. акад. И.П. Павлова. – 2017. – № 3.
2. Кишечная непроходимость: учебно-методическое пособие / П. С. Неверов [и др.]. – Минск : БГМУ, 2017. – 42 с.
3. Международная обсерватория по борьбе с раком [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://gco.iarc.fr/en/detail/colorectal-cancer> – Дата доступа: 10.03.2024.
4. *Баймухамбетов, Ж. Ж.* Ретроспективный анализ предраковых заболеваний толстой и прямой кишки / Ж. Ж. Баймухамбетов, Д. С. Сексенбаев, Р. А. Керимов // Вестник хирургии Казахстана. – 2013. – № 1 (33).
5. *Денисенко, В. Л.* Осложнения колоректального рака: проблемы и перспективы / В. Л. Денисенко, Ю. М. Гаин // Новости хирургии. – 2011. – № 1.
6. Возможности эндоскопии в диагностике и лечении толстокишечной непроходимости опухолевого генеза / М. И. Кузьмин-Крутецкий [и др.] // Новости колопроктологии. – 2010. – № 3. – С. 73–76.

УДК 616.225-006.5+616.22-002-036.12(476.2)

А. В. Башмур, Е. А. Колова, Е. И. Фетисова

Научный руководитель: к.м.н., доцент кафедры Г. В. Тищенко

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПОЛИПОВ ГОЛОСОВЫХ СКЛАДОК И ХРОНИЧЕСКОГО ГИПЕРПЛАСТИЧЕСКОГО ЛАРИНГИТА НАСЕЛЕНИЯ В Г. ГОМЕЛЕ И ГОМЕЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ

Введение

Полипы голосовых складок (ПГС) относят к опухолеподобным образованиям гортани. Они, так же как и узелки, встречаются менее чем у 1% населения, при этом соотношение мужчин и женщин составляет 2:1 [1].

Для голоса пациентов с ПГС характерна выраженная дисфония, что создает значительные проблемы лицам голосоречевых профессий. Влияет на коммуникативные возможности пациентов, психологический статус [1].

Клинико-морфологически выделяют полипы отечные (студенистые), фиброзные и ангиоматозные (ангиэктатические). Образования могут располагаться на широком основании или на ножке, что делает возможным их смещение при фонации и дыхании [1].

Ведущим патогенетическим механизмом формирования полипа является нарушение микроциркуляции в подэпителиальном пространстве Рейнке. Полипы гортани появлялись при чрезмерном напряжении голосовых складок [1]. Иногда полипы расценивают как результат фонационной травмы.

Состояние голосовой функции определяют эндокринная, иммунная, гастродуоденальная, дыхательная системы, а также слуховой анализатор. Работу голосового аппарата регулирует центральная нервная система. Патология внутренних органов и систем, а также состояние резонаторного отдела может быть причиной различных заболеваний гортани [1].

Курение является основным фактором развития ПГС, когда это связано с повышенными голосовыми нагрузками. Табак разрушает эпителий голосовых складок и усиливает гиалиновую дегенерацию в полипе, поэтому у курящих людей они большего размера, чем у некурящих. Сочетание различных факторов повышает риск развития полипов. Основным методом лечения является хирургическое удаление [1].

В современной оториноларингологии не ослабеваает интерес к проблеме диагностики хронического гиперпластического ларингита. Это одно из наиболее часто встреча-