

щение с эпигастральной области — 42,9 %, боль в мезогастррии, или нелокализованную боль в животе — 14,2 %. С аппендикулярным абсцессом операция начата с лапароскопии у 15 (34,1 %) пациентов. При этом выявлено следующее расположение червеобразного отростка: ретроцекальное — 40,1 %, за илеоцекальным переходом — 33,3 %, типичное — 13,3 %, малый таз — 13,3 %.

У пациентов с перитонитом у 47,1 % (у пациентов с острым гангренозным перфоративным аппендицитом и в т. ч. вскрывшимся АА с перитонитом) первоначальная боль локализовалась в эпигастрии, которая затем смещалась в правую подвздошную область, нелокализованную боль в животе или околопупочной области — 29,4 %, боль в правой подвздошной области — 11,8 %, боль в гипогастрии отмечали 11,8 % поступивших. Лапароскопия выполнена 29 пациентам с перитонитом. При этом выявлено следующее расположение ЧО: типичное — 37,9 %, малый таз — 31,1 %, за илеоцекальным переходом — 17,2 %, ретроцекальное — 6,9 %, подпеченочное — 6,9 %.

### **Выводы**

Характерным клиническим симптомом у большинства пациентов с ООГА является симптом Кохера — Волковича — 45,5 %. При расположении червеобразного отростка ретроцекально или за илеоцекальным переходом более вероятно развитие аппендикулярного абсцесса, в то время как при типичном его расположении или в малом тазу — развитие распространенного перитонита.

### **ЛИТЕРАТУРА**

1. Соколов, М. Э. Современная диагностика острого аппендицита / М. Э. Соколов, А. З. Гусейнов, М. А. Шляхов // Вестник новых медицинских технологий. — 2017. — Т. 24, № 4. — С. 219–230.
2. Острый аппендицит: патогистологические формы, диагностика на примере одного клинического центра / А. М. Побыец [и др.] // Актуальные проблемы медицины: сб. матер. итоговой науч.-практ. конф. ГрГМУ 24 янв. 2020. — С. 568–571.
3. Suspicion of acute appendicitis in adults / G. Benedetto [et al.] // The value of ultrasound in our hospital. — 2018. — Vol. 225, № 5. — P. 117–123.
4. Лапароскопия в диагностике и лечении острого аппендицита / П. А. Ярцев [и др.] // Хирургия. Журнал им. Н. И. Пирогова. — 2010. — Т. 4, № 21. — С. 21–25.

**УДК 616.34-007.272-089**

## **ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ НЕОПУХОЛЕВОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ**

**Коцуба В. С., Гугешашвили Г. Т.**

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

**Учреждение образования  
«Гомельский государственный медицинский университет»  
г. Гомель, Республика Беларусь**

### **Введение**

Острая кишечная непроходимость — синдром, объединяющий различные заболевания, приводящие к нарушению пассажа по кишке, вследствие механического препятствия, либо недостаточности двигательной функции кишки [1].

Своевременная диагностика и выбор оптимального варианта хирургического лечения пациентов с острой кишечной непроходимостью являются одной из самых актуальных проблем в неотложной хирургии [1]. Кишечная непроходимость составляет 1,5–9,4 % от всех заболеваний органов брюшной полости и обуславливает 3–5 % поступлений в хирургические стационары. Несмотря на внедрение в практику современных методов диагностики и хирургических вмешательств, результаты лечения этой категории больных не удовлетворяют клиницистов [2].

### Цель

Изучить нозологический, половозрастной состав и оценить ближайшие результаты хирургического лечения пациентов с острой кишечной непроходимостью неопухолевого генеза.

### Материал и методы исследования

Методом сплошной выборки был проведен ретроспективный анализ медицинских карт 98 пациентов с острой кишечной непроходимостью неопухолевого генеза, находившихся на стационарном лечении в хирургическом отделении № 1 ГУЗ «Гомельская городская клиническая больница скорой медицинской помощи» за период с 01.01.2020 по 31.12.2020 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

По полу пациенты распределились следующим образом: мужчин 38 (38,8 %), женщин 60 (61,2 %). Возраст был от 19 до 96 лет (среднее значение —  $62,2 \pm 15,1$  года). В таблице 1 представлено распределение пациентов по возрастному критерию.

Таблица 1 — Распределение пациентов по возрасту

Возраст, лет	До 20	21–40	41–60	61 и старше
Количество пациентов	3 (3,1 %)	13 (13,3 %)	26 (26,5 %)	56 (57,1 %)

В первые 6 ч от начала заболевания поступил 31 (31,6 %) пациент; от 6 до 12 ч — 26 (26,5 %); от 12 до 24 ч — 23 (23,5 %); от 24 до 48 ч — 11 (11,3 %) и свыше 48 ч — 7 (7,1 %) пациентов. Среднее время от начала заболевания до госпитализации составило  $25,4 \pm 21,9$  ч.

Наибольший удельный вес составили пациенты со спаечной кишечной непроходимостью — 96 (97,9 %). В 1 случае диагностирована обтурационная кишечная непроходимость на фоне фитобезоара, еще в 1 — паралитическая непроходимость.

Жалобы на схваткообразные боли предъявляли 89 (90,8 %) пациентов. Постоянные боли отметили 9 (9,2 %) пациентов. Рвота была в 51 (52 %) случае, в том числе однократная — у 35 (35,7 %), многократная — у 16 (16,3 %) пациентов. Задержку стула отметили 42 (42,9 %) пациента.

При физикальном исследовании у 24 (24,5 %) пациентов отмечено вздутие живота, в том числе 12 (12,2 %) пациентов с асимметричным вздутием. В 72 (73,5 %) случаях выявлены пальпирующиеся кишечные петли. Перистальтика была ослабленной у 31 (31,6 %) пациента, видимой — у 24 (24,5 %) пациентов. Симптом Скларова наблюдался у 62 (63,2 %) пациентов, симптом Валя — у 44 (44,9 %) пациентов.

В качестве лабораторных исследований изучены результаты общеклинических и биохимических анализов. Основные результаты приведены в таблице 2.

Таблица 2 — Основные результаты лабораторных исследований

Показатель	Лейкоциты, $\cdot 10^9/\text{л}$	Калий, ммоль/л	Натрий, ммоль/л	Хлор, ммоль/л	Эритроциты, $\cdot 10^{12}/\text{л}$	Гемоглобин, г/л
Min	4,3	2,5	115	40	2,8	88
Max	23,9	5,2	146	115	6,1	176
Среднее	$11,6 \pm 4,5$	$4,2 \pm 0,7$	$137,7 \pm 6,8$	$104,3 \pm 11,2$	$4,3 \pm 0,6$	$133,6 \pm 19,3$

Лейкоцитоз наблюдался у 52 (53,1 %) пациентов, гипокалиемия у 14 (14,2 %) пациентов, гипонатриемия у 13 (13,3 %) пациентов, гипохлоремия у 19 (19,4 %) пациентов. Анемия отмечена в 15 (15,3 %) случаях. Гемоконцентрация наблюдалась в 9 (9,2 %) случаях.

Обзорная рентгенография произведена 78 пациентам. В 65 (66,3 %) случаях были выявлены чаши Клойбера. Единичные уровни отмечены в 43 %, множе-

ственные — в 57 % случаев. Пассаж бария произведен 54 (55,1 %) пациентам. Однократный рентген-контроль пассажа проведен 34 пациентам, двукратный 14 пациентам, трехкратный 6 пациентам.

Консервативное лечение проводилось согласно клиническим протоколам. Производилась инфузионная терапия, вводились антибиотики, анальгетики и спазмолитики. Всем пациентам назначалась декомпрессия постановкой желудочного зонда и сифонными клизмами.

У 62 (63,3 %) пациентов непроходимость была купирована консервативными мероприятиями в средние сроки  $5,9 \pm 2,5$  дня (при минимальном сроке 2 и максимальном 14 дней).

У 36 (36,7 %) пациентов при проведении консервативного лечения и динамического наблюдения были выявлены показания к срочной операции. Из них у 35 пациента ликвидация непроходимости произведена путем лапаротомии и рассечения спаек. В 1 случае при адгезиолизисе кишечная петля была признана нежизнеспособной, в связи с чем произведена резекция кишки с анастомозом конец в конец.

Из указанных вмешательств 12 были начаты с диагностической лапароскопии, однако ни в одном случае лапароскопический адгезиолизис технически осуществить не удалось.

Минимальная продолжительность хирургического вмешательства составила 40 мин, максимальная 180 мин, средняя —  $105 \pm 62,3$  мин.

Средний послеоперационный койко-день составил  $11,6 \pm 2,9$  дня (от 9 до 16 дней). Послеоперационных осложнений выявлено не было. Все пациенты выписаны с выздоровлением.

Среднее время пребывания в отделении составило  $7,9 \pm 3,8$  дня при минимуме 2 и максимуме 17 дней.

#### **Выводы**

Таким образом, 57,1 % пациентов с острой кишечной непроходимостью неопухолевого генеза были в возрасте старше 60 лет. 68,4 % пациентов поступило позже 6 ч от начала заболевания, а в среднем это время составило  $25,4 \pm 21,9$  ч.

Отмечена относительная редкость патогномичных признаков непроходимости. Симптом Склярлова выявлен у 63,2 %, задержка стула — у 42,9 %, вздутие живота — лишь у 24,5 % пациентов.

Потребность в оперативном лечении кишечной непроходимости составила 36,7 %, при этом все вмешательства произведены в срочном порядке. Основным вмешательством было устранение непроходимости путем рассечения спаек. Необходимость в резекции кишки составила 1,0 %.

#### **ЛИТЕРАТУРА**

1. Зубков, О. Б. Диагностические и тактические вопросы ранней острой спаечной непроходимости кишечника / О. Б. Зубков // Хирургия. — 2015. — № 6. — С. 18–22.
2. Алексеев, С. А. Хирургические болезни: учеб. пособие: в 2 ч. / С. А. Алексеев, В. Н. Бордаков. — Минск: Выш. шк., 2017. — Ч. 2. — 247 с.

**УДК 616.137.83-089.844-77-052:314.144**

### **КЛИНИКО-ДЕМОГРАФИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПАЦИЕНТОВ С ИСКУССТВЕННЫМИ СОСУДИСТЫМИ ПРОТЕЗАМИ В АОРТО-БЕДРЕННОМ СЕГМЕНТЕ**

**Лемачко Е. В., Минкова В. В.**

**Научный руководитель: ассистент Е. Ю. Дорошко**

**Учреждение образования  
«Гомельский государственный медицинский университет»  
г. Гомель, Республика Беларусь**

#### **Введение**

При заболеваниях артериальной системы нижних конечностей отмечается преобладание аорто-бедренного сегмента [1]. Непосредственный успех хирурги-