

Актуальность: за 2018 год в 3 хирургическое отделение Мариинской больницы поступило 1604 пациента с экстренной хирургической патологией, из них 129 (8,0%) с диагнозом анемия. Среди поступивших преобладали женщины 62,0%. Подавляющее большинство имели анемию средней и тяжелой степени, 55,8% и 42,6% соответственно.

Цель исследования: ретроспективный анализ историй болезней пациентов, поступивших в 3 хирургическое отделение с диагнозом «Анемия».

Материалы и методы: 129 больных, поступивших экстренно в хирургическое отделение с диагнозом анемия, были разделены на две группы. Первая включала 34 пациента, у которых причина анемического синдрома была известна до поступления в хирургический стационар. У второй группы из 95 человек этиология была не определена.

Результаты: по результатам проведенных исследований нами было выделено три группы. К первой группе отнесли 52 человек с гематологическими причинами анемии. Вторая группа включала 13 пациентов с анемией постгеморрагического характера. Среди них 7 больных — с язвенной болезнью или гастритом, 3 пациента с язвенным колитом и у трех — осложненное течение геморроя. Третья группа состояла из 30 человек, у которых в отделении были выявлены онкологические заболевания: рак желудка — у 6 больных, рак толстой кишки — 8 пациентов, рак молочной железы — у 2. Опухоли других локализаций у 5 человек. Цирроз печени был обнаружен у 6.

Выводы: пациенты, госпитализированные в больницу с диагнозом анемия, плохо обследуются и наблюдаются в условиях поликлиники и поступают в стационар в тяжелом состоянии. В результате обследования у половины больных выявляется хирургическая патология, требующая хирургического лечения.

ВАРИАНТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ СЛОЖНЫХ ФОРМ ХОЛЕДОХОЛИТИАЗА

Иванова Н.В., Тулинова Н.Д.

Научный руководитель: д. м. н., профессор Павелец К.В., аспирант Гацко Д.В.
Кафедра факультетской хирургии им. профессора А.А. Русанова
Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет
Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет
имени акад. И.П. Павлова

Актуальность: у 10–30% пациентов с желчнокаменной болезнью развивается холедохолитиаз. В настоящее время эндоскопический метод является приоритетным в лечении данного заболевания [1,2]. Однако сохраняется высокий риск послеоперационных осложнений, что требует поиска оптимального метода лечения [3].

Цель работы: повысить эффективность лечения больных желчнокаменной болезнью осложненной сложными формами холедохолитиаза.

Материалы и методы: с 2014 по 2018 год в «Городской Мариинской больнице» проведено лечение 267 пациентов, страдающих желчнокаменной болезнью осложненной сложными формами холедохолитиаза. Диагноз установлен на основании клинической картины, данных лабораторного и инструментального обследования (УЗИ, МРТ, КТ).

Результаты: в 1 группе (69 пациентов) выполнено открытое оперативное вмешательство с ревизией желчных протоков, литоэкстракцией, интраоперационной фиброхоледохоскопией, наложением глухого шва холедоха по запатентованной методике (приоритетная справка № 2018122530). Во 2 группе (198 пациентов) использован эндоскопический метод лечения (эндоскопическая сфинктеротомия (ЭПСТ), литоэкстракция). Во 2 группе в послеоперационном периоде повторные операции выполнены у 28 (14,1%) пациентов, в основной группе — 2 (2,9%) пациентам. Кровотечение в зоне операции в 1 группе отмечено в 2 случаях (2,9%), во второй группе у 9 пациентов (4,5%). Среди осложнений ЭПСТ превалировал острый панкреатит — 63 пациента (31,8%), в 6 случаях (3,0%) развился деструктивный панкреатит, послуживший причиной летального исхода 4 больных (2,0%). При использовании традиционной

методики данное осложнение полностью отсутствовало. Летальный исход при операции открытым доступом был отмечен в 1 случае (1.45%).

Выводы: использование предлагаемой методики лечения пациентов, страдающих желчнокаменной болезнью осложненной сложными формами холедохолитиаза, позволяет осуществить одноэтапное оперативное вмешательство, снизить риск послеоперационных осложнений.

Литература

1. Борисов А.Е., Земляной В.П., Непомнящая С.Л., Мосягин В.Б. Малоинвазивные технологии в лечении желчнокаменной болезни, осложненной поражением внепеченочных желчных путей и большого сосочка двенадцатиперстной кишки // Анн. хирург. гепатол. 2004. Т. 9, № 2. С. 22–30.
2. Шаповальянц С.Г., Ардасенов Т.Б., Паньков А.Г. и соавт. Сложный холедохолитиаз результат запоздалого хирургического лечения желчнокаменной болезни // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. 2013. № 4. С. 8–14.
3. Новиков М.А. Интраоперационная холедохоскопия в лечении осложненной желчнокаменной болезни // Уральский медицинский журнал. 2007. № 10. С. 83–85.

ФАКТОРЫ РИСКА НЕСОСТОЯТЕЛЬНОСТИ ПАНКРЕАТОДИЕСТИВНОГО АНАСТОМОЗА ПРИ ОПУХОЛЯХ ПАНКРЕАТОДУОДЕНАЛЬНОЙ ЗОНЫ

Казаков А.Д., Соловьева Т.С., Зубов Н.Н.

Научный руководитель: к. м. н. Смородский А.В.
Кафедра госпитальной хирургии
Военно-Медицинская академия им. С.М. Кирова

Актуальность: актуальность исследования обусловлена широкой распространенностью, а также большой частотой развития осложнений и летальности после радикального лечения опухолей билиопанкреатодуоденальной зоны (БПДЗ) [1, 2].

Цель исследования: определить факторы, влияющие на развитие несостоятельности панкреатодигестивных анастомозов (ПДА).

Материалы и методы: исследование проводилось путем ретроспективного анализа лечения 40 пациентов с заболеваниями БПДЗ. Для патоморфологического исследования разработаны и применены критерии оценки строения поджелудочной железы (ПЖ). При оценке лучевой картины опирались на описательные данные структуры ПЖ.

Результаты: факторами, способствующими развитию несостоятельности ПДА являются: принадлежность к мужскому полу, пожилой возраст, высокие показатели индекса массы тела ($p=0,02$; ОШ 7,0), наличие ИБС, наличие СД 2 типа, длительная желтуха ($p=0,033$; ОШ 9,7), высокие уровни глюкозы ($p=0,022$; ОШ 31,0), высокие показатели общего ($p=0,02$; ОШ 7,0) и прямого ($p=0,007$; ОШ 9,7) билирубина, малый диаметр вирсунгова протока ($p=0,012$; ОШ 7,7) высокие объемы интраоперационной инфузии ($p=0,017$; ОШ 16,1) и кровопотери ($p=0,002$). Факторами, препятствующими развитию несостоятельности ПДА, являются: наличие хронического панкреатита в анамнезе, высокие степени фиброза поджелудочной железы ($Me=2,5$; $r=+0,5$) и инфильтрации ее клетками хронического воспаления ($Me=1,5$; $r=+0,4$). Установлено, что о гистологической картине ткани ПЖ можно с большой вероятностью судить по данным лучевых методов исследования на предоперационном этапе.

Выводы: проблема несостоятельности является многовекторной. Роль данных и их вклад в несостоятельность неравнозначен, но имеет место их взаимоотягощающий характер.

Литература

1. Сайт Глобальной Раковой Обсерватории (Global Cancer Observatory-GLOBOCAN) [<http://gco.iarc.fr/>]. Режим доступа: <http://gco.iarc.fr/>.
2. The 2016 update of the International Study Group (ISGPS) definition and grading of postoperative pancreatic fistula: 11 Years After / C. Bassi, G. Marchegiani, C. Dervenis et al. // Surgery. 2017. Vol. 161. P. 584–591.