

с крупными конкрементами (или плотными слепками конкрементов), и даже экстремально крупными: 11×4 см, 10×5 см.

В 7 случаях у пациенток сформировались холецистодуоденальные свищи, через которые камни мигрировали в тонкую кишку. Еще в одном случае огромный конкремент одним полюсом вызвал формирование холецисто-еюнального свища, а другим – холецисто-холедохолеального. Во всех случаях обтурация наступила на расстоянии до 1 метра от связки Трейтца.

Диагностика желчнокаменной кишечной непроходимости была весьма сложной. Традиционные методы диагностики не позволяют получить убедительных данных о природе заболевания. Истинный диагноз устанавливался только во время оперативного вмешательства.

Операцией выбора в 6 случаях являлась энтеролитотомия. После извлечения конкремента тонкая кишка ушивалась двухрядным швом. У одной пациентки наступил некроз кишки в зоне ущемления конкремента. Произведена резекция тощей кишки вместе с конкрементом с наложением межкишечного анастомоза. Еще в одном случае произведена резекция участка тонкой кишки вместе с камнем и частью желчного пузыря с наложением межкишечного анастомоза, гепатикоеюностомия на выключенной по Ру петле тонкой кишки.

Выводы. Желчнокаменная кишечная непроходимость не характеризуется типичным клиническим течением и наличием специфических симптомов. Профилактикой данного заболевания будет своевременное выявление пациентов, страдающих желчнокаменной болезнью, с проведением плановой хирургической санации.

ЛИТЕРАТУРА

1. Кузнецов, А. Г. Желчнокаменная кишечная непроходимость: закономерности и особенности клиники и лечения / А. Г. Кузнецов, В. Н. Колоцей, В. П. Страпко // Журнал Гродненского государственного медицинского университета. – 2017. – Т. 15, № 5. – С. 589–596. – doi: 10.25298/2221–8785–2017–15–5–589–596. – edn: YKYURT.

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ДИВЕРТИКУЛЯРНОЙ БОЛЕЗНИ ТОЛСТОЙ КИШКИ ПО МАТЕРИАЛАМ БОЛЬНИЦЫ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ Г.ГРОДНО

Колоцей В.Н.¹, Климович И.И.¹, Страпко В.П.¹, Юркевич С.В.²

Гродненский государственный медицинский университет¹,

Гродненская клиническая больница скорой медицинской помощи г. Гродно²

Актуальность. В последние годы дивертикулярная болезнь (ДБ) толстой кишки является одним из наиболее распространенных заболеваний ЖКТ, при

этом происходит «омоложение» болезни, которая у лиц моложе 40 лет составляет 5–10%, у людей старше 65 лет ДБ достигает 60–80 % [1].

Цель. Определить наиболее характерные клинические, лабораторные и дополнительные методы исследования для диагностики и лечения ДБ.

Методы исследования. Ретроспективно нами обследовано 197 пациентов с разными формами ДБ, которые находились на лечении в хирургическом отделении БСМП г. Гродно в 2022–2024 г. Мужчин было 79 (40,1%), женщин 118(59,9%). Возраст пациентов от 20 до 92 лет, средний возраст составил 57,9 года. Самому младшему было 21 год (мужчина), а самым старшим (2 женщины) 87 лет, 1(женщина) 88 лет и 1(женщина) 92 года. Для постановки диагноза учитывались основные клинические симптомы ДБ, из лабораторных показателей определяли общий анализ крови, мочи, биохимический анализ крови. Дополнительные методы включали УЗИ органов брюшной полости, гепатопанкреатодуоденальной зоны, фиброгастродуоденоскопия (ФГДС), компьютерная томография (КТ), магниторезонансная томография (МРТ), колоноскопия. ирригоскопия выполнялась по показаниям.

Результаты и их обсуждение. Необходимо отметить, что длительное время ДБ у 19(9,6%) пациентов клинически не проявлялась и была выявлена случайно при обследовании пациентов с подозрением по поводу гастрита, язвенной болезни 12–перстной кишки, панкреатита, хронического колита. Основными симптомами у этих пациентов были боли в эпимезогастральной области, левой половине живота и над лобком, проявляющиеся от легкого покалывания до сильных коликообразных. У 122(61,9%) пациентов отмечались боли в левой половине живота по ходу нисходящей и сигмовидной кишок, а также в нижней части живота, которые сохранялись в течение нескольких дней, то затухая, то заново начинаясь, и усиливались при физической нагрузке, кашле, а также после опорожнения кишечника и при пальпации живота. У 16(8,1%) ДБ протекала с нарушением функции кишечника, проявляющимся чаще в виде запоров, вздутия живота и боли, которые проходили после появления стула, а иногда эти пациенты отмечали диарею, неустойчивый стул, которые сочетались с тошнотой или рвотой. Боли в левой половине живота по ходу нисходящей и сигмовидной кишок, а также в нижней части живота, которые сохранялись в течение нескольких дней и сопровождалась повышением температуры тела, появлением не обильных кровянистых выделений, что наблюдали при осложнениях ДБ у 35(17,8%) пациентов. Кровотечения имели место у 5(2,5%) в возрастной группе 61–88 лет. Оперировано 17(8,6%) пациентов в связи с развитием различных осложнений ДБ. Умер 1 пациент, послеоперационная летальность 5,9%. У данного пациента 43 лет, страдающего ХПН, находившегося на гемодиализе, наступили осложнения ДБ сигмовидной кишки с развитием дивертикулита, осложнившимся абсцессом брюшной полости с разгерметизацией и развитием распространенного фибринозно–гнойного перитонита.

Выводы. 1. Дивертикулярная болезнь толстого кишечника не имеет явных патогномических клинических симптомов позволяющих поставить диагноз.

2. Основным диагностическим методом дивертикулярной болезни толстой кишки является фиброколоноскопия.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ардатская М.Д. Дивертикулярная болезнь толстой кишки: решенные и нерешенные вопросы. / М.Д. Ардатская // Медицинский совет. – 2017. – Том.15. – С. 68–75. <https://doi.org/10.21518/2079-701X-2017-15-68-75>.

МОДЕЛЬ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ ВЫЯВЛЕНИЯ ТРОМБОЗА УШКА ЛЕВОГО ПРЕДСЕРДИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ

Колоцей Л.В., Aroosha Ibrahim, Fernando E. S. Chelsy
Гродненский государственный медицинский университет

Актуальность. Нарушения сердечного ритма, в особенности фибрилляция предсердий (ФП), представляют собой существенное бремя для здравоохранения, внося значительный вклад в рост уровней заболеваемости и смертности. В последние годы значительные усилия были направлены на понимание сложных механизмов, лежащих в основе образования тромбоза ушка левого предсердия (ЛП) – основного источника тромбоэмболических осложнений при ФП [1].

Цель. Цель: разработать шкалу прогнозирования выявления тромбоза ушка ЛП у пациентов с персистирующей неклапанной ФП.

Методы исследования. В исследование включены 100 пациентов с персистирующей ФП, поступивших для проведения электроимпульсной кардиоверсии. Всем пациентам проводились клинично-лабораторные и инструментальные исследования, включающие трансторакальную и чреспищеводную эхокардиографию, по результатам которой пациенты были разделены на 2 группы. Группу 1 составили пациенты с тромбом ушка ЛП (n=30), группу 2 – пациенты без тромба ушка ЛП (n=70). Статистический анализ проводили с использованием программы STATISTICA 12.0. Для расчета шкалы прогнозирования был применен метод линейного дискриминантного анализа.

Результаты и их обсуждение. Пациенты обеих групп были сопоставимы по возрасту (63,6 [58; 69] против 61,3 [54; 68], $p=0,17$) и полу (мужчины 66,7% против 60%, $p=0,59$). Достоверных различий по распространенности артериальной гипертензии, ишемической болезни сердца, ожирения, предшествующего инсульта и сахарного диабета не выявлено ($p>0,05$). У пациентов группы 1 наблюдался достоверно более длительный период персистирующей ФП (7 [4; 9] мес против 4 [3; 6] мес, $p=0,004$) по сравнению с пациентами группы 2. Все пациенты имели достаточный период (более 3 недель) приема прямых пероральных антикоагулянтов до госпитализации.