

INNOVA

ELECTRONIC SCIENTIFIC JOURNAL

ЭЛЕКТРОННЫЙ НАУЧНЫЙ ЖУРНАЛ



2022, № 3 (28)



INNOVA

Учредитель: федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего профессионального образования «Курский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации.

Главный редактор:

Виктор Анатольевич Лазаренко - доктор медицинских наук, заслуженный врач РФ.

Заместитель главного редактора:

Вячеслав Александрович Липатов - доктор медицинских наук.

Ответственный секретарь:

Ирина Леонидовна Привалова - доктор биологических наук.

Технический секретарь:

Артём Александрович Денисов.

Редакционный совет:

Анатолий Николаевич Лызиов - доктор медицинских наук, Гомель, Беларусь.

Виорел Евгеньевич Наку - доктор наук, Кишинёв, Молдова.

Дэвид Вайсман - доктор наук, Даллас, США.

Ирина Игоревна Фришман - доктор педагогических наук, Москва, Россия.

Карл-Йозеф Гундерманн - доктор наук, Щецин, Польша.

Константин Енкоян - доктор медицинских и биологических наук, Ереван, Армения.

Лю Хуньвень - доктор наук, Харбин, Китай.

Марина Николаевна Белогубова - доктор социологических наук, Москва, Россия.

Сисаян Амаяк - доктор медицинских наук, Ереван, Армения.

Редакционная коллегия:

Алексей Леонидович Локтионов - доктор медицинских наук, Курск, Россия.

Василий Петрович Гаврилюк - доктор медицинских наук, Курск, Россия.

Виталий Владимирович Зотов - доктор социологических наук, Курск, Россия.

Галина Сергеевна Маль - доктор медицинских наук, Курск, Россия.

Елена Вячеславовна Будко - доктор фармацевтических наук, Курск, Россия.

Мария Андреевна Солодилова - доктор биологических наук, Курск, Россия.

Сергей Владимирович Поветкин - доктор медицинских наук, Курск, Россия.

Павел Владимирович Ткаченко - доктор медицинских наук, Курск, Россия.

Татьяна Дмитриевна Василенко - доктор психологических наук, Курск, Россия.

В Научном электронном журнале «Innova» публикуются результаты оригинальных исследований, научные обзоры, лекции и общетеоретические статьи, а также другие виды научных работ (по согласованию с редакцией). **Публикация в журнале для авторов бесплатна.**

Все статьи подвергаются рецензированию. Всем статьям присваивается индивидуальный код **DOI** (Crossref (DOI prefix: 10.21626). Номера журнала размещаются в **РИНЦ** (договор 1543-05/2015К).

Сетевое издание Innova зарегистрировано в качестве средства массовой информации.

Свидетельство о регистрации СМИ: ЭЛ № ФС77 - 66290 от 01.07.2016 г. выдано Федеральной службой по надзору в сфере связи, информационных технологий и массовых коммуникаций.

ISSN: 2500-2937

РИНЦ: 1543-05/2015К

DOI: dx.doi.org/10.21626/innova/

Адрес в сети Интернет: <http://innova-journal.ru/>

Почтовый адрес редакции: 305041 Курская обл., г. Курск, ул. Карла Маркса, д. 3

Адрес электронной почты редакции: main@innova-journal.ru

Телефон редакции: +7 (4712) 588-137



INNOVA

Founder: Kursk State Medical University.

Chair of Editorial Board:

Victor Lazarenko - Doctor of Medical Sciences, Honoured Doctor of Russian Federation.

Vice-Editor:

Viacheslav Lipatov - Doctor of Medical Sciences.

Editor-in-Chief:

Irina Privalova - Doctor of Biological Sciences.

Technical Secretary:

Artyom Denisov.

Editorial Board:

Anatolii Lyzikov - Doctor of Medical Sciences, Gomel, Belarus.

David Wiseman - Philosophy Doctor, Dallas, USA.

Irina Frishman - Doctor of Pedagogical Sciences, Moscow, Russia.

Karl-Iosef Gundermann - Doctor of Sciences, Shetcin, Poland.

Amaiak Sisakian - Doctor of Medical Sciences, Erevan, Armenia.

Konstantin Enkoyan - Doctor of Medical and Biological Sciences, Erevan, Armenia.

Liu Hungwen - Philosophy Doctor, Harbin, China.

Marina Belogubova - Doctor of Sociological Sciences, Moscow, Russia.

Vioel Naku - Doctor of Science, Kishinev, Moldova.

Editorial team:

Alexander Konichenko - Doctor of Technical Sciences, Kursk, Russia.

Alexey Loktionov - Doctor of Medical Sciences, Kursk, Russia.

Elena Budko - Doctor of Pharmacy, Kursk, Russia.

Galina Mal - Doctor of Medical Sciences, Kursk, Russia.

Irina Privalova - Doctor of Biological Sciences, Kursk, Russia.

Maria Solodilova - Doctor of Biological Sciences, Kursk, Russia.

Sergey Povetkin - Doctor of Medical Sciences, Kursk, Russia.

Sergey Schavelyov - Doctor of Philosophy, Doctor of Historical Sciences. Kursk, Russia.

Pavel Tkachenko - Doctor of Medical Sciences, Kursk, Russia.

Tatiana Vasilenko - Doctor of Psychology, Kursk, Russia.

Vasiliy Gavriluk - Doctor of Medical Sciences, Kursk, Russia.

Vitaliy Zotov - Doctor of Social Sciences, Kursk, Russia.

Electronic scientific journal Innova accepts for publication results of original researches, scientific surveys, lectures and general-theoretical articles and also other types of scientific papers (by agreement with the Editorial Board). **Publication are free of charge for all authors.** All articles are reviewed. All articles are assigned an individual **DOI** code (Crossref (DOI prefix: 10.21626). The journal numbers are placed in the **RISC** (contract 1543-05 / 2015K).

Mass-media registration: Эл №ФС77-66290

ISSN: 2500-2937

RISC: 1543-05/2015K

DOI: dx.doi.org/10.21626/innova/

WEB site: <http://innova-journal.ru/>

Post address: 305041, Russia, Kursk region, Kursk city, Karl Marks st., 3

E-mail: main@innova-journal.ru

Phone: +7 (4712) 588-137

СОДЕРЖАНИЕ

Стр.

СЛУЧАЙ СЛОЖНОЙ ДИАГНОСТИКИ ХОЛЕДОХОЛИТИАЗА
С МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХОЙ

Бондарев Г.А., Волкова А.Е., Кунаков Д.В.

6

АНАЛИЗ ВЫПОЛНЕНИЯ ТРАНСПЛАНТАЦИИ ПОЧКИ ПРИ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ
НЕФРОПАТИИ В МОГИЛЕВСКОМ РЕГИОНЕ

Кривонос Н.А., Лещенок М.А., Афанасенко Е.В., Волчкевич О.М., Гуца Т.С.

14

ОСОБЕННОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ КРОВООСТАНАВЛИВАЮЩИХ СРЕДСТВ
ПРИ МИНИИНВАЗИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВАХ

Липатов В.А., Коровяковская А.В., Кучина Я.В., Денисов А.А., Панов А.А.

18

К ВОПРОСУ О ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХИ

Лукашов М.М., Саломатина А.В.

24

К.С. БОГОЯВЛЕНСКИЙ, ОСНОВОПОЛОЖНИК НАУЧНОЙ ШКОЛЫ ОНКОЦИТОЛОГИИ
КУРСКОГО ГОСУДАРСТВЕННОГО МЕДИЦИНСКОГО ИНСТИТУТА

Пучков В.И., Никишина Н.А., Иванов А.В.

31

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ОПЕРАТИВНЫХ МЕТОДОВ
ЛЕЧЕНИЯ ПАХОВЫХ ГРЫЖ

Пожарицкий А.М., Головацкий А.П., Буравский А.В., Безводицкая А.А.

36

МУКОЦЕЛЕ ЧЕРВЕОБРАЗНОГО ОТРОСТКА

(АНАЛИЗ ЛИТЕРАТУРЫ И СОБСТВЕННОЕ КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ)

Бондарев Г.А., Николаев С.А.

39

CONTENTS	P.
A CASE OF COMPLEX DIAGNOSIS OF CHOLEDOCHOLITHIASIS WITH MECHANICAL JAUNDICE <i>Bondarev G.A., Volkova A.E., Kunakov D.V.</i>	6
ANALYSIS OF KIDNEY TRANSPLANTATION FOR DIABETIC NEPHROPATHY IN THE MOGILEV REGION <i>Krivosos N.A., Leshchenok M.A., Afanasenko E.V., Volchkevich O.M., Gushcha T.S.</i>	14
PECULIARITIES OF APPLICATION OF HEMOSTAPTIC DRUGS DURING MINIMALLY INVASIVE INTERVENTIONS <i>Lipatov V.A., Korovyakovskaya A.V., Kuchina Ya.V., Denisov A.A., Panov A.A.</i>	18
TO THE QUESTION OF DIFFERENTIAL DIAGNOSIS OF MECHANICAL JAUNDICE <i>Lukashov M.M., Salomatina A.V.</i>	24
K.S. BOGOYAVLENSKY, THE FOUNDER OF THE SCIENTIFIC SCHOOL OF ONCOCYTOLOGY IN KURSK <i>Puchkov V.I., Nikishina N.A., Ivanov A.V.</i>	31
COMPARATIVE CHARACTERISTICS OF SURGICAL METHODS OF INGUINAL HERNIA TREATMENT <i>Pozharitsky A.M., Golovatsky A.P., Buravsky A.V., Bezvoditskaya A.A.</i>	36
MUCOCELE OF THE VERMIFORM PROCESS (LITERATURE ANALYSIS AND OWN CLINICAL OBSERVATION) <i>Bondarev G.A., Nikolaev S.A.</i>	39

СЛУЧАЙ СЛОЖНОЙ ДИАГНОСТИКИ ХОЛЕДОХОЛИТИАЗА С МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХОЙ

A CASE OF COMPLEX DIAGNOSIS OF CHOLEDOCHOLITHIASIS WITH MECHANICAL JAUNDICE

Бондарев Г.А.

Доктор медицинских наук

Bondarev G.A.

Doctor of Medical Sciences

Волкова А.Е.

Volkova A.E.

Кунаков Д.В.

Kunakov D.V.

Курский государственный медицинский
университет

Kursk State Medical University

E-mail: bondarevga@kursksmu.net

Резюме

Описан случай длительной и сложной диагностики механической желтухи, вызванной холедохолитиазом у мужчины 32 лет. Конкременты в общем желчном протоке у больного при многократном УЗИ в различных лечебных учреждениях не обнаруживались, что в очередной раз свидетельствует о том, что данный метод в значительной степени является оператор-зависимым. Мультиспиральная компьютерная томография с внутривенным контрастированием и магнитно-резонансная холангиография, выполненные с интервалом в 4 сут., выявив конкремент шейки желчного пузыря, не обнаружили признаков холедохолитиаза. Вероятно, это может быть связано как с особенностями химического состава и плотности конкрементов, так и с адекватностью, тщательностью соблюдения рекомендуемых режимов выполнения данных методик исследования. В приведенном случае окончательным методом диагностики причины МЖ и, одновременно, лечебным методом оказалась эндоскопическая ретроградная панкреатохолангиография. Это отчасти противоречит современным установкам большинства экспертов, считающих данный метод достаточно инвазивным, рискованным для диагностики, и требует дальнейшего совершенствования алгоритма и режима неинвазивных лучевых методов нозологической диагностики МЖ.

Ключевые слова: холедохолитиаз, механическая желтуха, неинвазивные лучевые методы диагностики, папиллотомия, литоэкстракция.

Summary

A case of prolonged and complex diagnosis of mechanical jaundice caused by choledocholithiasis in a 32-year-old man is described. Concretions in the common bile duct of the patient with repeated ultrasound in various medical institutions were not detected, which once again indicates that this method is largely operator-dependent. Multispiral computed tomography with intravenous contrast and magnetic resonance cholangiography performed at intervals of 4 days, revealing a concretion of the neck of the gallbladder, did not show signs of choledocholithiasis. Probably, this may be due both to the peculiarities of the chemical composition and density of concretions, and to the adequacy, thoroughness of compliance with the recommended modes of implementation of these research methods. In this case, endoscopic retrograde pancreatocholangiography turned out to be the final method of diagnosing the cause of MJ and, at the same time, the therapeutic method. This partly contradicts the modern attitudes of the majority of experts who consider this method to be quite invasive, risky for diagnosis, and requires further improvement of the algorithm and mode of non-invasive radiation methods of nosological diagnosis of MJ.

Key words: choledocholithiasis, mechanical jaundice, noninvasive radiation diagnostic methods, papillotomy, lithoextraction.

Библиографическая ссылка на статью

Бондарев Г.А., Волкова А.Е., Кунаков Д.В. Случай сложной диагностики холедохолитиаза с механической желтухой // Innova. - 2022. - № 3 (28). - С.6-13.

References to the article

Bondarev G.A., Volkova A.E., Kunakov D.V. A case of complex diagnosis of choledocholithiasis with mechanical jaundice // Innova. - 2022. - No. 3 (28). - P.6-13

DOI:

Введение. Дифференциальная диагностика механической желтухи (МЖ) в настоящее время остаётся актуальной проблемой абдоминальной хирургии, учитывая

её полиэтиологичность, значительную частоту, позднее обращение пациентов за медицинской помощью, необходимость дифференциальной диагностики характера желтухи (механическая,

паренхиматозная или гемолитическая) [1, 2, 3, 4].

Частота диагностических ошибок при МЖ составляет от 10% до 42%, что может привести к развитию печёночной недостаточности, при этом у половины больных могут развиваться тяжёлые осложнения (энцефалопатия, гнойный холангит, желудочно-кишечные кровотечения, абсцессы печени, билиарный сепсис), при этом летальность может достигать 14-27% [5].

Диагностика МЖ в настоящее время во многом регламентирована утверждёнными Министерством здравоохранения РФ «Клиническими рекомендациями», разработанными для желчнокаменной болезни [6] и острого холецистита [7].

В 2020 году были опубликованы материалы российского консенсуса по МЖ [8], явившегося важной вехой в достижении договорённости об оптимальном алгоритме диагностики и лечения этого синдрома.

Между тем, разработанный ещё в 2018 году проект национальных рекомендаций «Механическая желтуха» [9] до сих пор не утверждён Министерством здравоохранения РФ, что может свидетельствовать об отсутствии общепринятого алгоритма обследования и лечения в зависимости от причины и уровня билиарного блока.

В целом алгоритм диагностики МЖ в литературе освещён достаточно полно и однозначно. По мнению большинства современных экспертов, обнаруживаемые при традиционных лабораторных методах исследования крови повышение общего билирубина за счёт прямой фракции (а при длительном существовании – и не прямой), щелочной фосфатазы [ЩФ], трансаминаз (АЛТ и АСТ), гамма-глутамилтранспептидазы [ГГТП] являются индикаторами холестаза и с высокой достоверностью помогают исключить паренхиматозный и гемолитический характер желтухи [6, 7, 9]. Однако абсолютно точных патогномичных лабораторных признаков МЖ нет [8].

Решающая роль в топической и нозологической диагностике МЖ принадлежит неинвазивным лучевым методам [6, 7, 8, 9].

Ультразвуковое исследование (УЗИ) считается в настоящее время методом скрининга при подозрении на МЖ [1, 2, 6, 7]. УЗИ обладает целым рядом преимуществ: доступность, неинвазивность, возможность многократного повторения полипозиционного исследования, возможность выполнения других диагностических и лечебных процедур (тонкоигольная аспирационная биопсия, чрескожная холецистостомия, чрескожная чреспечёночная холангиостомия, установка стентов, дренажей), относительно невысокая стоимость, безопасность. Чувствительность данного метода при МЖ вследствие

холедохолитаза достигает 70-90%, специфичность – 85-90% [8, 9]. Однако её слабой стороной является субъективность, определяемая высокой зависимостью от опыта и квалификации врача, выполняющего исследование, а также класса аппаратуры, подготовки больного [1, 7, 8, 9]. Главными предикторами МЖ при УЗИ является обнаружение камней желчного пузыря и расширения желчного дерева, выраженность и распространённость которого коррелирует с величиной внутрипротокового давления и определяется уровнем обструкции желчного дерева и его длительностью [1, 6, 7]. В целом чувствительность этого метода при холедохолитиазе значительно ниже, чем при холецистолитиазе [6, 7, 9].

Компьютерная томография (КТ) с внутривенным контрастированием значительно превосходит УЗИ в диагностике осложнённых форм острого холецистита, в том числе, холедохолитиаза, имея чувствительность 85% против 68% [3]. Предлагается выполнение КТ и без контрастирования, она позволяет обнаружить камни гепатихоледохолита размерами 1-2 мм, однако «мягкие», не содержащие солей кальция билирубиновые или холестериновые конкременты могут обнаруживаться только при внутривенном контрастировании [6, 7].

Мультиспиральная компьютерная томография (МСКТ), особенно с внутривенным контрастированием имеет преимущества перед обычной КТ. Чувствительность МСКТ при диагностике МЖ достигает 96%, а при КТ она составляет 74%, специфичность соответственно – 94% и 90% [9].

Наиболее чувствительным из неинвазивных методов современной диагностики МЖ признана магнитно-резонансная холангиография (МРХГ). Она выполняется при недостаточной информативности УЗИ и КТ. Большинство современных экспертов считают МРХГ методом «выбора» при диагностике МЖ, сопоставимым по точности с эндо-УЗИ [6, 7, 9]. Одним из её несомненных достоинств является отсутствие необходимости введения контрастного вещества.

Эндо-УЗИ пока не получило в нашей стране очень широкого распространения вследствие дороговизны. Этот метод используется как альтернатива МРХГ, когда холедохолитиаз не выявлен, но имеются его косвенные признаки: расширение внепечёночных желчных протоков, повышение АСТ, АЛТ, билирубина, ЩФ, ГГТП [6, 9]. Эндо-УЗИ обладает исключительно высокой точностью диагностики причины МЖ.

Гепатобилисцинтиграфия с иминодиуксусной кислотой (HIDA-сканирование) обладает самой высокой чувствительностью и специфичностью, но её применение

ограничивают крайне низкая доступность, длительность исследования и ионизирующая радиация [6, 7].

Эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография (ЭРХПГ) в настоящее время рекомендуется не для диагностики МЖ, а перед планируемой литоэкстракцией или эндоскопическим назобилиарным дренированием, хотя чувствительность в выявлении конкрементов внепечёночных желчных протоков очень высокая [7, 8]. Это объясняется её инвазивностью, риском осложнений.

Лапароскопия в настоящее время может диагностировать лишь косвенные признаки МЖ и не является методом «выбора» при диагностике этой патологии [9].

Чрескожные методы диагностики МЖ остаются в ряду диагностических технологий ввиду их высокой чувствительности и специфичности, но частота неудач (15-20%) и осложнений (до 5%) оставляют для них достаточно узкую «нишу» в настоящее время [9, 10]. Особенно опасны эти методы при отсутствии значимого расширения внутрипечёночных желчных протоков и недостаточной квалификации специалиста [9]. Они должны применяться только в момент декомпрессии и непосредственно перед операцией [8, 10].

Таким образом, применение современных неинвазивных методов лучевой диагностики позволяет с высокой точностью поставить топический и нозологический диагноз при МЖ. Однако в реальной клинической практике продолжают встречаться случаи сложной диагностики МЖ различной этиологии.

Цель исследования: провести анализ клинического случая трудной диагностики МЖ, вызванной холедохолитиазом.

Больной Т., 1989 года рождения (32 лет) заболел 6 апреля 2022 года, когда впервые стал отмечать умеренные постоянные боли в эпигастральной области и правом подреберье, после чего появились довольно интенсивное желтушное окрашивание кожных покровов и склер, тёмная моча, обесцвеченный кал, склонность к жидкому стулу, нарастание слабости, недомогания, снижение аппетита. Тошноты, рвоты, повышения температуры тела не было. Боли в животе периодически стихали, но снова возобновлялись. Начало заболевания связывает с алиментарным фактором: после приёма алкоголя употреблял несвежую колбасу. Принимал самостоятельно дома спазмолитики, анальгетики в таблетках. Улучшения состояния не было, желтуха нарастала.

8 апреля при ультразвуковом исследовании (УЗИ) в лечебном учреждении по месту жительства (ОБУЗ «Октябрьская ЦРБ») амбулаторно конкрементов в желчном пузыре, признаков желчной гипертензии, острого

холецистита или панкреатита не было обнаружено.

При лабораторном обследовании в этот день обнаружено повышение уровня общего билирубина до 166,6 мкмоль/л (при норме менее 20,5), (в том числе, прямой – 94,0, непрямой – 72,6), АЛТ до 352,1 Е/л (при норме менее 50), АСТ до 213,5 Е/л (при норме менее 50), ЩФ до 163,8 Е/л (при норме 30-120); при этом амилаза крови была 45 Е/л (референтное значение менее 53).

В общем анализе крови и мочи существенной патологии не было.

Результаты исследования крови на наличие вирусов гепатита В и С отрицательные.

13 апреля был осмотрен в ООО «Медассист» гастроэнтерологом высшей квалификационной категории, был диагностирован «неспецифический реактивный гепатит», что было подтверждено повышением общего билирубина до 256 мкмоль/л (в том числе, прямой билирубин – 142 мкмоль/л), АСТ, АЛТ при отсутствии клинических и ультрасонографических данных об острой хирургической патологии. Было назначено соответствующее лечение.

В связи с усилением болевого синдрома и сохранением желтухи больной 18 апреля был госпитализирован в хирургическое отделение ОБУЗ «Октябрьская ЦРБ», где начата терапия, назначенная гастроэнтерологом, а также превентивное лечение по поводу предположительного острого панкреатита (инфузионная терапия в объёме 1,5 л, анальгетики, спазмолитики, антациды, гордокс 300 тыс. ЕД внутривенно капельно).

Ночью и утром 19 апреля боли в верхних отделах живота стали резкими, при УЗИ в Октябрьской ЦРБ новой информации не получено.

Был экстренно осмотрен хирургом ЦРБ совместно с находящимся в это время на выезде в районной больнице профессором кафедры хирургических болезней ИНО КГМУ Г.А. Бондаревым. Констатированы выраженный болевой синдром в правом подреберье и эпигастральной области, отчётливая желтушность кожных покровов и слизистых оболочек, тахикардия (пульс 104), умеренное вздутие живота на фоне алиментарного ожирения, болезненность при пальпации в эпигастральной зоне. Признаков раздражения брюшины не было. Учитывая отрицательную клиническую динамику, неэффективность проводившегося амбулаторного и стационарного лечения, нарастание желтухи, заподозрено развитие острого панкреатита на фоне некупированного неспецифического гепатита. Рекомендовано срочное направление в Курскую областную клиническую многопрофильную больницу (КОКМБ) для уточнения диагноза и

решения вопроса о месте и характере дальнейшего лечения.

Был осмотрен в тот же день в приемном отделении КОКМБ хирургом, терапевтом и гастроэнтерологом. С учётом острого начала заболевания, указания в анамнезе на факты употребления суррогатов алкоголя и недоброкачественных продуктов, появления желтухи, субфебрильной температуры тела, отсутствия ультрасонографических данных, позволяющих заподозрить механический характер желтухи, коллегиально было принято решение о необходимости исключения вирусного гепатита А. Пациент был направлен в ОБУЗ «Инфекционная клиническая больница им. Н.А. Семашко».

В этом лечебном учреждении больной пробыл с 19 по 21 апреля 2022 г. (история болезни № 1762-434), проводилась соответствующая поставленному предварительному диагнозу консервативная терапия (диета 5, гептрал внутривенно с последующим переходом на пероральный приём, метадоксил, нольпаза и фильтрум СТИ рег ос).

При лабораторном обследовании АТ к ковидной инфекции не обнаружено. Исследование сыворотки крови методом ИФА на типичные инфекции было отрицательным. Показатели билирубина крови в это время колебались от 114,1 мкмоль/л (прямой – 82,1) до 59,1 мкмоль/л (прямой 41,1), АЛТ – 428 - 246 Ед/л, АСТ – 157 - 62 Ед/л, ГГТП – 464 Ед/л (норма до 10); показатели АЧТВ, МНО, ПТИ, фибриногена и Д-димера были в пределах нормы. Реакция Вассермана отрицательная. Исследование крови методом ИФА на СПИД и

вирусы гепатита А показало отрицательный результат.

В общем анализе крови отмечался лейкоцитоз $16,8 - 19,6 \times 10^9$ без палочкоядерного сдвига лейкоформулы влево. В общем анализе мочи патологии не было.

При УЗИ 20 апреля отмечены диффузные изменения паренхимы печени, спленомегалия, диффузные изменения ткани поджелудочной железы, метеоризм. Конкрементов в желчном пузыре и протоках нет.

21 апреля выполнена МСКТ органов брюшной полости, забрюшинного пространства и малого таза с внутривенным усилением) (рис. 1 – 3). Размеры печени не увеличены, плотность паренхимы её не изменена, структура однородная, контуры чёткие, ровные. Очагов патологического накопления контраста не выявлено. Внутривенные желчные протоки не расширены. Желчный пузырь расположен обычно, наполнен туго. В шейке желчного пузыря визуализируется рентген-контрастный конкремент размерами 9 x 8 x 7 мм, плотностью 1082 ед. Н. Селезёнка увеличена (148 x 59 x 114 мм), расположена обычно, контуры чёткие, бугристые, плотность паренхимы не изменена, структура паренхимы однородная. Парапанкреатическая клетчатка инфильтрирована. На этом фоне поджелудочная железа увеличена (передне - задний размер: головка около 33 мм, тело около 36 мм, хвост около 49 мм), контуры её нечёткие, структура дольчатая, плотность паренхимы 37 ед. Н (норма 30 – 50 ед. Н). Заключение: КТ-признаки острого панкреатита. ЖКБ. Холецистолитиаз. Спленомегалия.

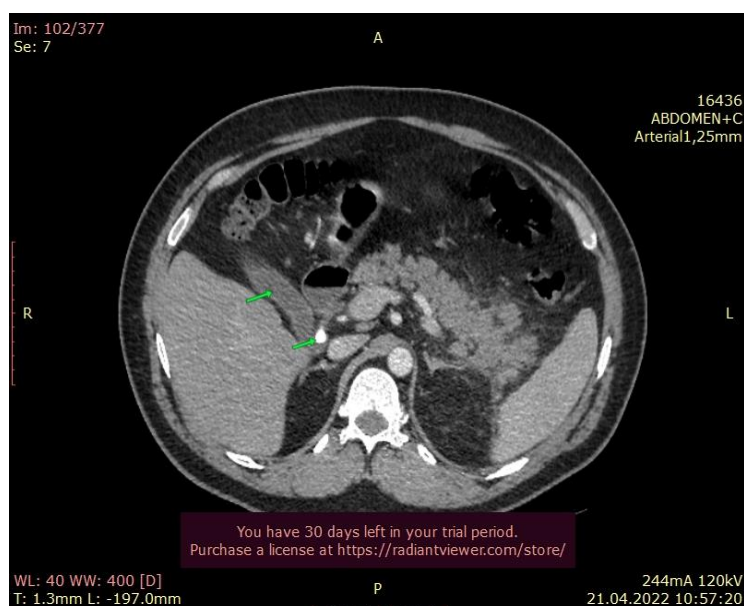


Рис. 1. МСКТ больного Т. с внутривенным усилением (21.04.2022). Гомогенно окрашенный желчный пузырь (верхняя стрелка). Конкремент шейки желчного пузыря (нижняя стрелка) размерами 9 x 8 x 7 мм

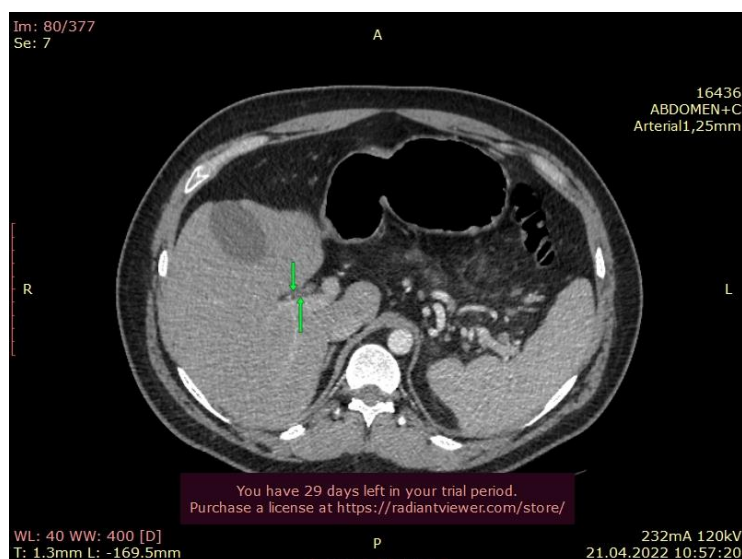


Рис. 2. МСКТ больного Т. с внутривенным усилением (21.04.2022). Общий печёночный проток (стрелки) диаметром 4-5 мм

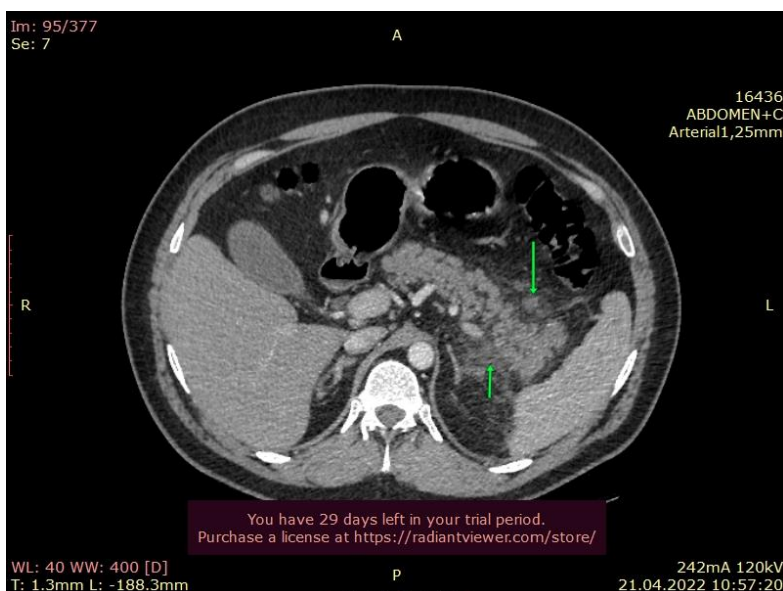


Рис. 3. МСКТ больного Т. с внутривенным усилением (21.04.2022). Отёк забрюшинной клетчатки в области хвоста и тела поджелудочной железы (стрелки) – признаки острого панкреатита.

После осмотра хирургом КОКМБ пациент, в соответствии с существующей маршрутизацией больных, был переведен в ОБУЗ «Курская городская клиническая больница № 4» с диагнозом: «ЖКБ. Хронический холецистит. Холедохолитиаз? Вентильный камень холедоха? Механическая желтуха. Острый билиарный панкреатит».

В этом лечебном учреждении пациент находился с 21 апреля по 1 мая 2022 г. (история болезни № 3279/685). Проводилось соответствующее поставленному диагнозу консервативное лечение и комплексное обследование. При рентгенографии органов грудной клетки и брюшной полости патологии нет. ЭКГ – без патологии.

При УЗИ (21.04, 23.04, 25.04 и 01.05.22):

печень не увеличена, однородная, повышенной эхогенности, сосудистый рисунок не изменён, среднезернистая, холедох 6 мм, внутрипротоковые желчные ходы не расширены. Желчный пузырь 82 x 26 мм, толщина его стенки 2 мм, в просвете мелкие единичные конкременты. Поджелудочная железа увеличена за счёт головки, контуры неровные, нечёткие, повышенной эхогенности. Главный панкреатический проток 2 мм. Селезёнка не увеличена. Свободной жидкости в забрюшинной клетчатке и брюшной полости не выявлено.

При ФГДС (22.04.22): поверхностный гастрит, выраженный гастродуоденит.

Билирубин в динамике: 57,1 мкмоль/л (прямой – 33,3) – 43,0 (прямой – 14,2) – 31,2 (прямой – 11,2) – 29,0 (прямой – 11,0) – 24,4

мкмоль/л (прямой – 8,6), остальные исследованные биохимические показатели крови были в пределах нормы. Число лейкоцитов крови в динамике: 20,6 – 20,3 – 17,3 – 19,6 – 20,6 – 14,7 – 10,4 $\times 10^9$. Амилаза мочи в динамике: 1228 Ед. – 1333 Ед. – 1728 Ед. – 3472 Ед. – 254 Ед.

АТ к вирусам гепатита А, В и С, ВИЧ не обнаружены. РНК коронавируса 2019-nCov не обнаружена.

25 апреля в этой больнице выполнена МР-холангиография. Желчный пузырь размерами 87 x 34 мм, сигнал от содержимого однородный, без видимых дефектов наполнения. Пузырный проток расширен до 9 мм, в просвете определяется единичный конкремент диаметром 8,5 мм. Холедох 5,2 мм, в дистальном отделе 5,5 мм, содержимое неоднородное, без видимых на момент исследования дефектов наполнения. Общий печёночный проток 5,5 мм, правый печёночный проток 3,2 мм, левый – 4,0 мм, без видимых дефектов наполнения. Проток поджелудочной железы диаметром 2,5 мм, имеет нормальное расположение, дефектов наполнения в нём не определяется. Аномалий развития, дефектов наполнения, участков расширения не выявлено. Селезёнка размерами 137 x 55 мм (несколько увеличена). Заключение: МР-картина единичного конкремента в пузырном протоке.

Состояние больного улучшилось, от дальнейшего лечения он отказался и был выписан с соответствующими рекомендациями.

Через 2 нед., в связи с повторным появлением болевого синдрома в верхних отделах живота и желтухи, снова поступил в это лечебное учреждение, где находился с 8 по 15 мая 2022 г. (история болезни № 3651/771). Проводилось консервативное лечение (инфузионная терапия, антибиотики, анальгетики, спазмолитики) и обследование.

При рентгенографии органов грудной клетки патологии нет. При обзорной рентгенографии органов брюшной полости данных за острое хирургическое заболевание также нет. ЭКГ – без патологии.

При УЗИ органов брюшной полости: печень не увеличена, повышенной эхогенности, мелкозернистая, однородная. Холедох 8 мм, желчной гипертензии не выявлено. Желчный пузырь 78 x 26 мм, толщина стенки 2 мм, в области пузырного протока конкремент 8 мм. Поджелудочная железа не увеличена, однородная, повышенной эхогенности, контур чёткий, ровный. Головка 22 мм, тело 18 мм, хвост 20 мм. Главный панкреатический проток не расширен (2 мм). Свободной жидкости и экссудации в забрюшинной клетчатке и брюшной полости не выявлено.

Амилаза крови 646 Ед. СОЭ 31 мм/ч. Билирубин в динамике: 110 мкмоль/л (прямой – 19) – 68 мкмоль/л (прямой – 47), 38 мкмоль/л

(прямой – 15), 35 мкмоль/л (прямой – 15), 63 мкмоль/л (прямой – 35); АСТ – 489 Ед/л, АЛТ – 700 Ед/л. Остальные исследованные биохимические показатели были в норме. Амилаза мочи в динамике: 2385 Ед. – 562 Ед.

В общем анализе крови и мочи патологии не было.

С диагнозом: ЖКБ, обострение хронического холецистита, транзиторная желтуха, гипертрансаминаземия, по согласованию с коллегами, был переведен в КОКМБ для дальнейшего лечения.

В КОКМБ (история болезни № 12087/940) больной находился с 16 по 26 мая 2022 года. Поступил в плановом порядке с жалобами на тупые боли в правом подреберье, желтушность кожи и склер, горечь во рту, тёмный цвет мочи.

При УЗИ (16.05.22): внутривенные желчные ходы расширены до 2-го порядка. Диаметр холедоха 11 мм. Желчный пузырь не напряжён, в его просвете достоверно конкремент не определяется. Поджелудочная железа без признаков отёка. Свободной жидкости в брюшной полости нет. Заключение: дистальный блок холедоха. Желчная гипертензия II.

При ФГДС (16.05.22) данных за вклиненный конкремент БСДК на момент осмотра нет.

Общие анализы крови и мочи были в пределах нормы. Показатели общего билирубина крови были повышенными – 94-129 мкмоль/л (фракция прямого билирубина составляла около 50%), показатели печёночных ферментов были также повышенными: АЛТ – 455,4 Е/л, ЩФ – 905 Е/л, ГГТП – 905,5 Е/л; амилазы крови – 184,7 Е/л. Остальные биохимические показатели крови были нормальными.

Был поставлен заключительный клинический диагноз: «ЖКБ. Хронический калькулёзный холецистит. Холедохолитиаз. Механическая желтуха».

После коллегиального обсуждения, больному были рекомендованы ЭРПХГ, ЭПСТ и литоэкстракция. Следует обратить внимание, что, по мнению многих современных экспертов, при нечётко документированном холедохолитиазе, перед проведением такой рискованной хирургической технологии показано проведение эндоскопического УЗИ.

17 мая выполнены ЭРПХГ, ЭПСТ и литоэкстракция. При ЭРПХГ был контрастирован общий желчный проток диаметром до 9 мм, содержащий тени конкрементов. С целью разрешения холедохолитиаза выполнена ЭПСТ классическим папиллотомом по продольной складке после предварительной его визуализации в холедохе, протяжённостью до 7 мм (режим «эндо» 37 ед.), кишка хорошо раздувается воздухом, кровотечения нет. Корзинкой Дормиа извлечён конкремент до 10 мм, округлый, плотный. Других конкрементов не

выявлено.

После этого уровень билирубина крови стал снижаться: 71,9 – 43,0 мкмоль/л, показатели печёночных ферментов, амилазы также стали постепенно нормализоваться.

18 мая при контрольном УЗИ органов брюшной полости: внутрипечёночные желчные пути не расширены, имеется умеренная пневмобилия, диаметр холедоха 8 мм, желчный пузырь спавшийся, в просвете имеется конкремент до 8 мм; паренхима ПЖ структурна, её отёка нет, выпота в сальниковой сумке, забрюшинном пространстве также нет.

23 мая была выполнена операция видеолaparоскопическая холецистэктомия, проходившая стандартно, без особенностей.

25 мая при УЗИ: внутрипечёночные желчные пути не расширены, имеется умеренная пневмобилия, диаметр холедоха 7 мм, ложе желчного пузыря со скудным экссудативным компонентом. Паренхима ПЖ структурна, ПЖ сонографически без особенностей, свободной жидкости в брюшной полости нет.

Общеклинические и биохимические лабораторные показатели нормализовались. Был выписан в удовлетворительном состоянии.

В июне и июле текущего года был трижды осмотрен амбулаторно, никаких жалоб пациент не предъявляет, все биохимические показатели крови в пределах нормы.

Заключение.

Данный случай демонстрирует, что диагностика, казалось бы, достаточно распространённой и «банальной» хирургической патологии – холедохолитиаза, сопровождающегося МЖ, эпизодами рецидивировавшего острого отёчного панкреатита далеко не всегда проста. В нашем случае эта диагностика заняла более 1 мес., больному пришлось обратиться в 5 лечебных учреждений различного уровня, перенести два осложнения (МЖ и острый панкреатит), 5 госпитализаций, прежде чем окончательный клинический диагноз был уверенно поставлен.

Трудности диагностики можно объяснить индивидуальными особенностями клинического течения патологического процесса (быстрое развитие интенсивной МЖ при отсутствии первоначальных убедительных данных о наличии холецистолитиаза и длительном отсутствии ультрасонографических признаков внутрипечёночной гипертензии).

Затрудняли дифференциальную диагностику особенности анамнеза (употребление суррогатов алкоголя и алиментарная погрешность), потребовавшие исключения вирусного гепатита А. Определённые трудности нозологической диагностики привносило наличие существенного повышения не только прямой фракции билирубина и печёночных ферментов (ЩФ,

ГГТП), свидетельствующих о механическом характере желтухи и холестаза, но и АСТ, АЛТ, свидетельствующих о выраженном цитолитическом компоненте, что, учитывая особенности анамнеза и образа жизни пациента, можно объяснить наличием вероятного фона в виде «скомпроментированной» печени.

Конкременты в общем желчном протоке у больного имелись, вероятно, с самого начала заболевания, однако при многократном УЗИ в различных лечебных учреждениях они не обнаруживались, что в очередной раз свидетельствует о том, что данный метод в значительной степени является субъективным, оператор-зависимым.

Возникает закономерный вопрос: почему МСКТ с внутривенным контрастированием и МР-холангиография, выполненные с интервалом в 4 сут., считающиеся методами «выбора» в диагностике МЖ, обнаружив конкремент шейки желчного пузыря, не обнаружили признаков холедохолитиаза? Категорически ответить на этот вопрос трудно. Вероятно, это может быть связано как с особенностями химического состава и плотности конкремента, так и с адекватностью, тщательностью соблюдения рекомендуемых режимов выполнения данных методик исследования.

В приведенном случае окончательным методом диагностики причины МЖ и, одновременно, лечебным методом оказалась ЭРПХГ. Это отчасти противоречит современным установкам большинства экспертов, считающих данный метод достаточно инвазивным, рискованным для диагностики, что требует дальнейшего совершенствования алгоритма и режима неинвазивных лучевых методов нозологической диагностики МЖ.

Литература.

1. Клиническая хирургия: учебное пособие для клинических ординаторов и врачей под ред. проф. В.А. Лазаренко. – Курск: КГМУ, 2017. – 924 с.
2. Клиническая хирургия: национальное руководство: в 3 т. / под ред. В.С. Савельева, А.И. Кириенко. – М.: ГЭОТАР – Медиа, 2009. – Т. II. – 832 с.
3. Охотников О.И., Лазаренко В.А., Григорьев С.Н., Яковлева М.В. Интервенционная радиология в лечении холедохолитиаза, осложнённого механической желтухой. – Курский научно-практический вестник, 2011. - № 3. – С. 115 – 121.
4. Натальский А.А. Современные принципы диагностики и лечения синдрома механической желтухи. Дисс. ... д.м.н. (специальность 14.01.17 – хирургия). – Рязань, 2015. – 248 с. – Адрес ссылки: NatalskDis.pdf.
5. Майоров М.М., Дряженков И.Г. Механическая желтуха калькулёзной этиологии: патогенез, осложнения и лечебная тактика. -

Клиническая медицина, 2012, № 5. – С. 12 – 15.

6. Клинические рекомендации - Желчнокаменная болезнь – Утверждены Минздравом РФ 31.08.2021. – 35 с. – Адрес ссылки: 1056_kr21K80MZ.pdf.

7. Клинические рекомендации – Острый холецистит – Утверждены Минздравом РФ 03.09.2021. – 41 с. Адрес ссылки: 1057_krK80K82MZ.pdf.

8. Хатьков И.Е., Аванесян Р.Г., Ахаладзе Г.Г., Бебуришвили А.Г., Буланов А.Ю., Быков М.И., Виршке Э.Г., Габриэль С.А., Гранов Д.А., Дарвин В.В., Долгушин Б.И., Дюжева Т.Г., Ефанов М.Г., Коробко В.Л., Королев М.П., Кулабухов В.В., Майстренко Н.А., Мелехина О.В., Недолужко И.Ю., Охотников О.И., Погребняков В.Ю., Поликарпов А.А., Прудков М.И., Ратников В.А., Солодина Е.Н., Степанова Ю.А.,

Субботин В.В., Федоров Е.Д., Шабунин А.В., Шаповальянц С.Г., Шулутко А.М., Шишин К.В., Цвиркун В.Н., Чжао А.В., Кулезнева Ю.В. Российский консенсус по актуальным вопросам диагностики и лечения синдрома механической желтухи. Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова. 2020; 6:5-17.

<https://doi.org/10.17116/hirurgia20200615>.

9. Клинические рекомендации – Механическая желтуха – проект. – 2018. – 206 с.

10. Охотников О.И., Григорьев С.Н., Яковлева М.В. Транспиллярные миниинвазивные вмешательства при холедохолитиазе. Анналы хирургической гепатологии, 2011, № 16 (1). – С. 58 - 62.

АНАЛИЗ ВЫПОЛНЕНИЯ ТРАНСПЛАНТАЦИИ ПОЧКИ ПРИ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ НЕФРОПАТИИ В МОГИЛЕВСКОМ РЕГИОНЕ

ANALYSIS OF KIDNEY TRANSPLANTATION FOR DIABETIC NEPHROPATHY IN THE MOGILEV REGION

■ Кривонос Н.А.

■ Лещенок М.А.

■ Афанасенко Е.В.

■ Волчкевич О.М.

■ Гуца Т.С.

■ Krivonos N.A.

■ Leshenok M.A.

■ Afanasenko E.V.

■ Volchkevich O.M.

■ Gushcha T.S.

■ Гродненский государственный медицинский университет

■ Grodno State Medical University

E-mail: krivonosik.n.a@mail.ru

Резюме

Диабетическая нефропатия – грозное осложнение сахарного диабета сопровождающееся формированием диффузного или узелкового гломерулосклероза. В терминальной стадии вышеуказанная патология приводит к развитию хронической почечной недостаточности (ХПН).

В статье приведен анализ частоты выполнения пересадки почки согласно данным Могилевской областной клинической больницы в 2021 году пациентам, страдающим диабетической нефропатией. Всего проведено 23 трансплантации из 2984 операций на почках и мочеточниках за отчетный год.

Ключевые слова: сахарный диабет, диабетическая нефропатия, трансплантология, оперативная урология.

Summary

Diabetic nephropathy is a formidable complication of diabetes mellitus accompanied by the formation of diffuse or nodular glomerulosclerosis. In the terminal stage, the above pathology leads to the development of chronic renal failure (CRF).

The article provides an analysis of the frequency of kidney transplantation according to the data of the Mogilev Regional Clinical Hospital in 2021 for patients suffering from diabetic nephropathy. A total of 23 transplantations out of 2984 operations on the kidneys and ureters were performed during the reporting year.

Key words: diabetes mellitus, diabetic nephropathy, transplantation, surgical urology.

Библиографическая ссылка на статью

Кривонос Н.А., Лещенок М.А., Афанасенко Е.В., Волчкевич О.М., Гуца Т.С. Анализ выполнения трансплантации почки при диабетической нефропатии в могилевском регионе // Innova. - 2022. - № 3 (28). - С.14-17.

References to the article

Krivonos N.A., Leshchenok M.A., Afanasenko E.V., Volkevich O.M., Gushcha T.S. Analysis of the implementation of kidney transplantation for diabetic nephropathy in the Mogilev region // Innova. - 2022. - No. 3 (28). - P.14-17.

DOI:

Введение. Диабетическая нефропатия (ДН) – это специфическое поражение почек при сахарном диабете (СД), сопровождающееся формированием диффузного или узелкового гломерулосклероза. В терминальной стадии вышеуказанная патология приводит к развитию хронической почечной недостаточности (ХПН), которая характеризуется стойкой альбуминурией, повышением артериального

давления, снижением скорости клубочковой фильтрации (СКФ), высоким риском сердечно-сосудистых заболеваний и смертности [1, 3]. Диабетическая нефропатия развивается примерно у 25-35% пациентов с СД I типа и приблизительно 15% пациентов с СД II типа [4]. В 35-50% случаев данная патология является причиной развития терминальной почечной недостаточности, требующей трансплантации

почки [2]. Пересадка почки считается уникальным методом терапии, позволяющим пациентам с диабетической нефропатией, находящимся на перитонеальном диализе, гемодиализе, повысить качество и продолжительность жизни.

Цель. Изучить частоту и исход выполнения трансплантации почки у пациентов с диабетической нефропатией в стационарах Могилева и Могилевской области Республики Беларусь.

Материалы и методы. На основании ретроспективного анализа показателей отчета о деятельности организации здравоохранения, оказывающей медицинскую помощь в стационарных условиях по Могилеву и Могилевской области за 2021 год, детально проанализированы 59419 медицинских карт пациентов, которым было показано хирургические вмешательства, из которых 7102

выполнены детям в возрасте от 0-17 лет. Оценка частоты выполнения трансплантации почек производилась по 5 критериям: пол, возраст, тип сахарного диабета, показания к трансплантации почки и исходы трансплантации. Статистическая обработка проводилась с помощью программы Statistica 10.0 для Windows (StatSoft, Inc., США), непараметрическими методами.

Результаты. Из всех операций, выполненных в 2021 г., 2984 (5%) произведены на почках и мочеточниках, из них трансплантация почки выполнена в 23 (0,8%) случаях (Рис. 1). У 8 (35%) пациентов пересадка почки производилась по поводу почечной недостаточности, связанной с диабетической нефропатией. Характеристика исследуемых пациентов с ДН, которым была выполнена трансплантация почки представлена в таблице 1.



Рис. 1. Структура выполненных оперативных вмешательств на почках и мочеточниках в 2021 году

Исследования показали, что преобладающим числом пациентов с выполненной трансплантацией почки по поводу диабетической нефропатии, которая спровоцировала почечную недостаточность, являются мужчины в возрасте от 21 до 56 лет – 5 случаев (62,5%), среди которых 4 (80%) имели СД 1 типа (рис.2-3). Летальность у данной группы

прооперированных – 1 случай (20%). У женщин количество прооперированных составило 3 случая (36,5%) в возрасте от 27 до 35 лет и страдающих СД 1 типа; летальность – 0 случаев. Стоит отметить, что был зарегистрирован лишь один случай, когда операция была выполнена больному сахарным диабетом 2 типа.

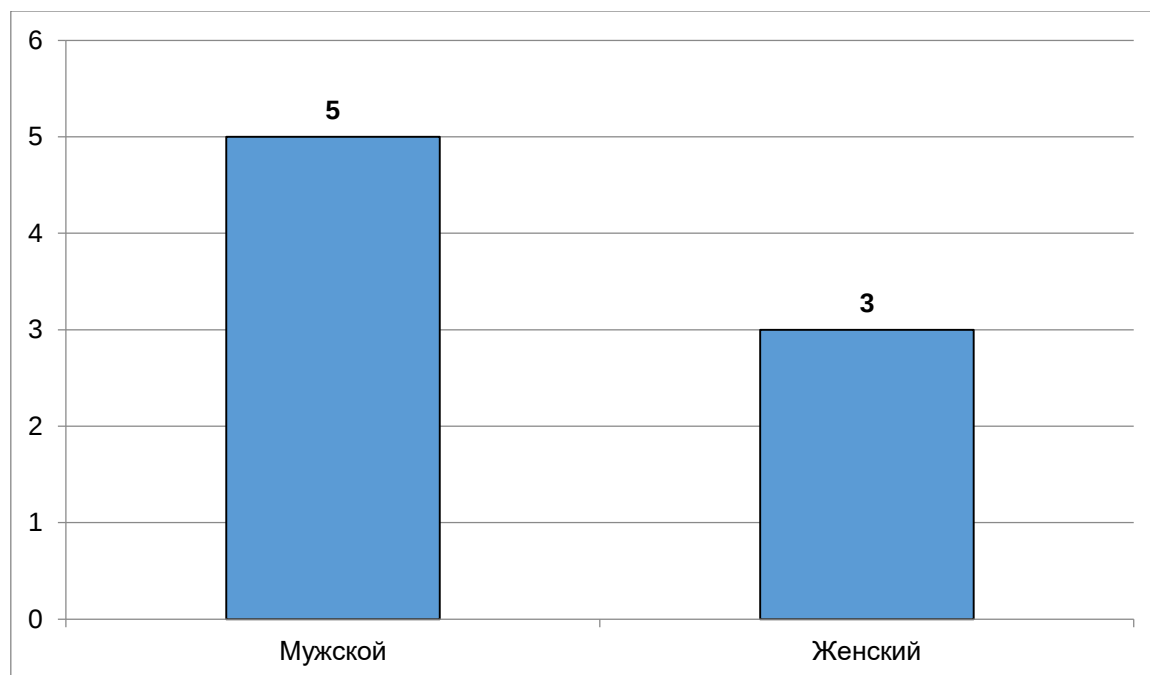


Рис. 2. Структура пациентов, прооперированных по поводу почечной недостаточности, ассоциированной диабетической нефропатией, по полу

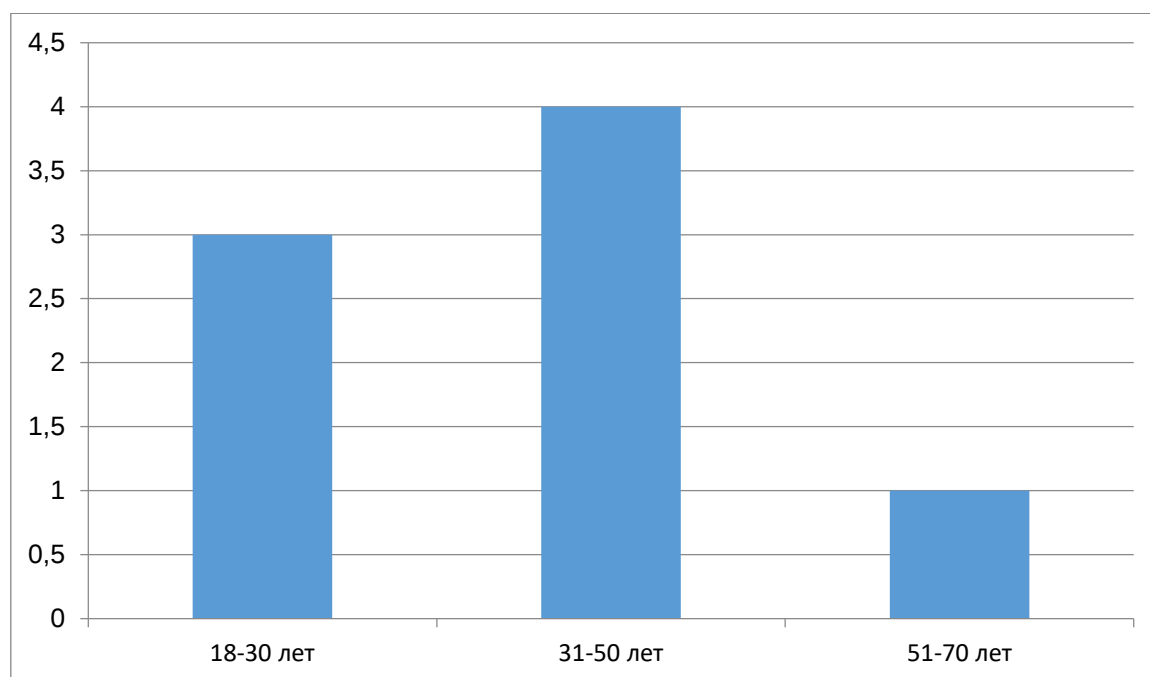


Рис. 3. Структура пациентов, прооперированных по поводу почечной недостаточности, ассоциированной диабетической нефропатией, по возрасту

Вывод. За последние годы успехи трансплантологии обеспечили высокую выживаемость пациентов СД после пересадки почки. Однако вероятность малого количества выполнения данного вида операций (8 случаев, 35%) связано с вопросами показаний, противопоказаний, подбором наиболее совместимого по антигенным свойствам донора, проведения предоперационной подготовки; в послеоперационном периоде – с проблемами преодоления кризов отторжения и

предупреждения гнойно-септических осложнений. Кроме этого, в связи с пандемией коронавирусной инфекции SARS-COV-2 пациенты не обращались за помощью к врачам-нефрологам. Профилактика, раннее выявление и адекватное лечение СД способствуют снижению частоты развития диабетической нефропатии у данной группы пациентов.

Литература.

1. Шестакова, М.В. Диабетическая нефропатия: достижения в диагностике,

профилактике и лечении / Л.А.Чугунова, М.Ш.Шахмалова, И.И.Дедов // ГУ Эндокринологический научный центр. – 2005. – №3. – С. 22-25.

2. Томилина, Н.А. Состояние заместительной терапии при хронической почечной недостаточности в России в 1998–2011 гг. / Н.А.Томилина, Б.Т.Бикбов // Трансплантация органов. – 2015. – №17(1). – С.35–58.

3. Umanath, K Update on Diabetic Nephropathy: Core Curriculum 2018 / K.Umanath, J.B Lewis // Am J Kidney Dis. – 2018. – №71(6). – С. 884–895.

4. Reutens, A.T. Epidemiology of diabetic nephropathy / A.T.Reutens, R.C.Atkins // Contrib Nephrol. – 2011. – №170. – С.1–7.

ОСОБЕННОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ КРОВООСТАНАВЛИВАЮЩИХ СРЕДСТВ ПРИ МИНИИНВАЗИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВАХ

PECULIARITIES OF APPLICATION OF HEMOSTATIC DRUGS DURING MINIMALLY INVASIVE INTERVENTIONS

■ **Липатов В.А.**
Доктор медицинских наук

■ **Коровяковская А.В.**

■ **Кучина Я.В.**

■ **Денисов А.А.**

■ **Панов А.А.**

■ **Lipatov V.A.**
Doctor of Medical Sciences

■ **Korovyakovskaya A.V.**

■ **Kuchina Ya.V.**

■ **Denisov A.A.**

■ **Panov A.A.**

■ **Курский государственный медицинский университет**

■ **Kursk State Medical University**

E-mail: denisovaa@kursksmu.net

Резюме

Вопрос остановки кровотечений является одной из важных задач клинической медицины. В данной статье анализируются современные гемостатические средства, изготовленные из крахмала, коллагена, цеолитов, хитозана, целлюлозы, которые используются при мининвазивных вмешательствах. За счёт поглощения жидкого компонента крови они обеспечивают быструю остановку кровотечений, однако, несмотря на широкий ассортимент гемостатических материалов, современные кровоостанавливающие средства имеют не только преимущества, но и ряд ограничений при использовании в тех или иных вмешательствах.

Ключевые слова: хирургия, остановка кровотечений, современные гемостатические средства, местные кровоостанавливающие средства

Summary

Timely stop of bleeding is one of the important tasks of clinical medicine. This article analyzes modern hemostatic agents made from starch, collagen, zeolites, chitosan, cellulose, which are used in minimally invasive interventions. Due to the absorption of the liquid component of the blood, they provide a quick stop of bleeding, however, despite the wide range of hemostatic materials, modern hemostatic agents have not only advantages, but also a number of limitations when used in certain interventions.

Key words: surgery, bleeding control, modern hemostatic agents, local hemostatic agents.

Библиографическая ссылка на статью

Липатов В.А., Коровяковская А.В., Кучина Я.В., Денисов А.А., Панов А.А. Особенности применения кровоостанавливающих средств при мининвазивных вмешательствах // Innova. - 2022. - № 3 (28). - С.18-23.

References to the article

Lipatov V.A., Korovyakovskaya A.V., Kuchina Ya.V., Denisov A.A., Panov A.A. Features of the use of hemostatic agents for minimally invasive interventions // Innova. - 2022. - No. 3 (28). - P.18-23.

DOI:

Введение. Паренхиматозное кровотечение – одно из самых грозных осложнений во время операций и послеоперационном периоде, являющееся причиной высокой летальности и инвалидизации населения во всём мире.

К паренхиматозным органам брюшной

полости и забрюшинного пространства относят: печень, почки, селезёнка, поджелудочная железа. Особенность структуры их паренхимы заключается в том, что сосудистые стенки не спадаются, так как сращены со стромой [13,14]. При травмах и патологических процессах печени (гепатит, цирроз), а также селезёнки происходит

перерастяжение капсулы, развиваются подкапсульные гематомы, что в последующем приводит к её разрыву и излиянию крови в брюшную полость (двухмоментный тип разрыва). Поэтому внутренние кровотечения являются наиболее опасными, так как развитие клинической картины кровопотери происходит не сразу после получения травмы, а только тогда, когда капсула разрушается.

Паренхиматозное кровотечение – это истечение крови из паренхиматозных органов (печень, селезенка), опасность которого заключается в высокой летальности в связи с повреждением многочисленных сосудов в рыхлой легко травмируемой структуре органов данного типа, что обусловлено соотношением паренхимы и стромы. Помимо прочего, ткань паренхиматозных органов в своем составе имеет антикоагулянты, препятствующие свертыванию крови, и такое кровотечение не склонно к самопроизвольной остановке [14].

Существуют различные методы окончательной остановки кровотечений. Механическая остановка кровотечения заключается в перевязке сосуда в ране и на протяжении, закручивании сосуда, тампонаде раны, искусственной эмболизации сосуда, наложении сосудистого шва, ауто- и аллопластике артерий и вен. Физические методы требуют применения низких температур из-за способности вызывать спазм сосудов (например, медицинский пузырь, заполненный льдом) и, напротив, высоких температур из-за возможности коагулировать белок и ускорять свертывание крови (диатермокоагуляция, основанная на применении переменных токов высокой частоты). Химические методы включают сосудосуживающие и повышающие тромбообразование препараты (адреналин местно при кровотечении из слизистых оболочек). Биологические методы оказывают местный и резорбтивный эффект. Последний обеспечивает свежесконсервированная кровь и ее препараты. Местный эффект проявляется при использовании гемостатических губок на основе коллагена, желатина, целлюлозы, гемостатических порошков и гелей.

На сегодняшний день при миниинвазивных вмешательствах используются физические способы гемостаза, включающие в себя применение клипс, коагуляции, прошивания и т.д., и бесшовные способы остановки кровотечений с использованием местных гемостатических средств. Однако все физические методы имеют несколько недостатков: для того, чтобы обеспечить

адекватную остановку кровотечения, необходима четкая визуализация сосуда; возрастает риск более глубокого повреждения тканей при длительной коагуляции; сложность в использовании [12].

Применение локальных средств имеет ряд преимуществ перед физическими методами: во-первых, при их использовании не требуется четкая визуализация кровоточащего сосуда, что делает их простыми в использовании. Во-вторых, не требуют наложения швов, они более эффективны в остановке кровотечений различной локализации.

Для контроля и решения выше изложенных проблем были разработаны материалы для остановки кровотечения. К ним относятся топические биологические абсорбируемые гемостатические средства. Они изготовлены из продуктов на основе различных тканей или нетканых кондуитов, губок из рассасывающихся материалов, варьирующих от натуральных до синтетических полимеров, включая сополимеры на основе лактида-гликолида, такие как полиглактин 910, окисленная целлюлоза (ОЦ), окисленная регенерированная целлюлоза (ОРЦ), желатин, коллаген, хитин, хитозан и т.п. [12-15].

Независимо от того, какие кровоостанавливающие средства будут использовать при малоинвазивных операциях, все они должны соответствовать следующим требованиям:

1. Приводить к быстрой остановке кровотечения;
2. Быть технически простыми в использовании;
3. Оказывать минимальное повреждающее действие орган и окружающие ткани, не нарушая его функцию;
4. По возможности используемое гемостатическое средство должно обладать бактерицидным действием и способствовать регенерации поврежденного органа;
5. После использования средства не провоцировать вторичных кровотечений;
6. Максимальная гипоаллергенность и биологическая инертность материала;
7. Плотное прилегание материала к раневой поверхности, равномерное и одномоментное ее покрытие без образования полостей, возможность беспрепятственного удаления с раневой поверхности при отсутствии резорбции [12].

Под действием гемостатических средств происходит активация и агрегация тромбоцитов, в результате чего на их поверхности образуется

тромбин, который, действуя на фибриноген, превращает его в фибрин – нерастворимый белок, образующий каркас тромба. С целью улучшения кровоостанавливающего действия прокладок или салфеток на основе коллагена в них включают факторы свёртывания крови.

В клинической хирургии применяется ряд кровоостанавливающих средств, среди которых особое место занимают гемостатические губки (с криопреципитатом, транексамовой кислотой, коллагеном, хитозаном, капрофером, тромбоцитами); порошки (на основе крахмала, коллагена, солей альгиновой кислоты, целлюлозы); гели [16-17].

1. Гемостатическая губка представляет собой пористую структуру из биоматериала, абсорбирующая жидкость организма в месте повреждения. Она может быть получена путем лиофилизации коллагенового геля, суспензии или раствора с помощью сублимационной сушки (тогда как обычное высушивание на воздухе дает коллагеновую пленку) [6,7].

Существуют различные виды кровоостанавливающих губок. Губки, обладающие антибактериальным действием, анальгезирующим эффектом; губки, ускоряющие заживление кожных повреждений. Данная группа гемостатических средств имеет преимущество над другими современными локальными гемостатиками: обеспечивает за минимальное количество времени полную остановку кровотечения, заменяет использование кровоостанавливающего жгута, который опасен длительным сдавлением тканей и в последующем развитием некроза [8].

Были разработаны гемостатические губки, содержащие мукополисахариды, которые значительно отличаются от других аналогов. Они имеют более широкий спектр действия, благодаря содержанию антимикробных, гемостатических и анальгезирующих активных веществ, обладают большей впитывающей поверхностью [9].

Кровоостанавливающие губки, содержащие гиалуроновую кислоту, демонстрируют ряд свойств: более обширная сфера применения, повышенная высокая эффективность за счет мукополисахаридов в составе, низкая стоимость, меньшее количество побочных эффектов, более быстрое исполнение требуемых функций, для изготовления не требуется дорогого оборудования и соответственно меньше затрат энергии. Изделия этого класса производится в России.

Гемостатические средства на основе оксицеллюлозы обладают рядом недостатков:

токсичность, травматичность, антигенные свойства, местно-раздражающее действие, следовательно, способствуют развитию воспалительного процесса, присоединению вторичной инфекции. Губки, в состав которых входит коллаген, наоборот в комбинации с дополнительными активными веществами оказываются наиболее эффективными, обладают значительным кровоостанавливающим эффектом по сравнению с физическими методами гемостаза, например, тампонирование раны, останавливают кровотечение быстрее в 2 раза [10].

Коллагеновая губка, содержащая в своем составе гидроксиапатит, позволяет ускорить процесс тромбообразования и образования фибрина, влекущее за собой ускорение свертываемости крови и остановку паренхиматозного кровотечения. Гемостатическая губка, в составе имеющая гидроксиапатит и полиэтиленгликоль, очень эффективно применяется при остановке кариллярных кровотечений [11].

Общий и главный недостаток гемостатических губок на основе коллагена- это способность рассасывать только под воздействием фермента коллагеназы, содержание которого мало в организме, что заставляет удалять ее после остановки кровотечения и влечет за собой вторичную травматизацию тканей [12].

2. Порошки являются одним из видов средств, широко используемых для остановки кровотечений при мининвазивных вмешательствах. В состав данных гемостатических форм входит крахмал, хитозан, соли альгиновой кислоты, растительные и синтетические компоненты (коры дуба, травы тысячелистника, хлоргексидин, ε-аминокапроновую кислоту) и другие.

Крахмальные порошки обладают хорошими сорбционными свойствами: его гранулы имеют большую сорбционную поверхность, в результате чего происходит избирательное поглощение жидкого компонента крови. Во время взаимодействия крови с крахмалом её жидкая часть подвергается абсорбции. Это приводит к увеличению концентрации тромбоцитов в крови на кровоточащей поверхности и в конечном итоге к тромбообразованию. Примером такого порошка является TraumaDex. При нанесении на кровоточащую рану, он индуцирует процесс свертывания крови, приводя к остановке кровотечения в течение нескольких секунд [5]. Частицы крахмала являются своеобразным

«молекулярным сито», функция которого заключается в повышении концентрации белка путём поглощения жидкости, в результате чего естественный процесс свертывания крови ускоряется.

Такие порошки обладают рядом достоинств:

- отсутствие аллергических реакций и возможности передачи инфекций, т.к. данное средство не содержит белкового компонента и изготавливается из растительного сырья.

- легко моделируется на раневой поверхности

- порошкообразный гемостатик прост в использовании: необходимы лишь специальные устройства для наружного и интраоперационного применения, в том числе из эндоскопического доступа [1].

Существенным недостатком крахмального порошка является то, что при массивных кровотечениях, повреждении крупных сосудов, он не эффективен.

Гемостатическое действие хитозанового порошка заключается в его прямом воздействии на эритроциты путем их агрегации, в результате чего образуется «псевдотромб», представляющий собой плотную желеобразную массу, которая и будет способствовать остановке кровотечения. Многие исследователи утверждают, что препараты на основе хитозана способны останавливать кровотечения различной интенсивности, в том числе и в случае повреждения крупных сосудов (например, из бедренной артерии в течение 3-х минут) [1,10].

Прямая активация системы свёртывания – одно из важнейших достоинств хитозановых порошков: гемостатическое действие не зависит от механизмов естественного гемостаза. К положительным свойствам данного кровоостанавливающего средства можно отнести антимикробную активность, регенерационную способность, так как хитозан – природный полисахарид [2, 3].

Порошки на основе целлюлозы на протяжении нескольких лет применяются в качестве гемостатика. Их кровоостанавливающее действие заключается в адсорбции компонентов крови, повышении концентрации факторов гемокоагуляции, а также активации внешнего и внутреннего пути свертывания [1,5]. Во время контакта крови с целлюлозой создается кислая среда (pH 2,5 – 3,0), усиливающая гемостатические качества порошков: выделение кислого гематина происходит при разрушении тромбоцитов и эритроцитов, в результате чего форменные

элементы являются каркасом для образования тромбоцитарного сгустка.

Бактериостатические свойства целлюлозных порошков являются одним из главных достоинств [5]. Порошки на основе окисленной целлюлозы больше подходят для остановки кровотечений из паренхиматозных органов, капилляров и вен. Однако их использование при остановке кровотечений из артерий является неэффективным, что является существенным недостатком. Многие авторы принципиально скептически относятся к использованию кровоостанавливающих средств для целий гемостаза из артерий, считая, что для временной остановки кровотечения оптимальным и достаточным являются классические методы – наложение жгута давящей повязки, прижатия кровоточащей артерии в ране или на протяжении, а для окончательного гемостаза только хирургические способы (лигирование кровоточащего сосуда, электрокоагуляция и многие другие), а применение локальных кровоостанавливающих средств рассматривается только как исключительная мера. Таким образом, единственной нишей, где присутствует практическая востребованность в кровоостанавливающих порошках – остановка паренхиматозных кровотечений как открытым, так и миниинвазивным способом [15].

3. Широкое применение в клинической медицине отведено кровоостанавливающим средствам в форме геля и линимента. Комплекс лагохилина с моноаммониевой солью глицирризиновой кислоты, полученный методом молекулярного капсулирования, оказывает гемостатический, противовоспалительный, противоотечный, анальгетический эффект и стимулирует регенерацию тканей [6, 11]. По широкому спектру действия данное средство не уступает гемостатической губке и порошкам. В тоже время не является рациональным применение максимально гитратированной полимерной основы для остановки кровотечения. Авторы постулируют это тем, что основным критерием эффективности локальных гемостатических средств является сорбционная способность. Очевидно, что намного более эффективным является применение не влажных, а сухих форм кровоостанавливающих средств, в том числе на основе полимеров целлюлозы

Местные кровоостанавливающие препараты обладают рядом преимуществ: простота применения, высокая эффективность, минимум побочных эффектов. Механизм их действия заключается в имитации и стимуляции

естественного гемостаза за счёт ускоренного формирования фибринового сгустка [3, 11]. Гемостатический комплекс состоит из сорбента, в роли которого выступает желатин, набухающий при контакте с кровью, коллаген, осаждающий на своей поверхности тромбоциты и формирующие сгустки крови, и тромбинового компонента, к которому относятся факторы свёртывания крови.

Однако, несмотря на ряд преимуществ, одной из опасностей использования гемостатических гелей является риск развития вторичного кровотечения. Также к недостаткам данных средств следует отнести относительную дороговизну материалов и преимущественное использование за рубежом.

Заключение. Таким образом, проанализировав научные публикации по вопросам применения гемостатических средств, можно сделать вывод: использование местных кровоостанавливающих средств при травмах паренхиматозных органов становится все более распространенным и требует разработки новых материалов, полностью соответствующим требованиям, предъявляемым к локальным кровоостанавливающим средствам.

Разработка новых высокоэффективных и безопасных гемостатических средств позволит снизить вероятность развития локальных осложнений и смерти пациента с паренхиматозным кровотечением, нивелировать риск повторной кровопотери.

Несмотря на ряд преимуществ, а также разнообразие существующих активных компонентов, входящих в состав кровоостанавливающих средств, а также вариативность их сочетаний при производстве комбинированных изделий, до сих пор не разработан гемостатик, полностью отвечающий потребностям клинической хирургии. Есть вероятность, что разработка двуслойных или комбинированных средств позволит удовлетворить большинство существующих требований к локальным аппликационным гемостатическим имплантам.

Литература.

1. Бояринцев В.В., Дежурный Л.И. Трофименко А.В. Современные кровоостанавливающие средства на догоспитальном этапе // Кремлёвская медицина. Клинический вестник. – 2015.- №2.- С.26-29.
2. Алексеева Г.С., Чилова Р.А., Колобаева И.В. Новые технологии местного гемостаза в хирургической практике // Вопросы хирургии. – 2018.- №3. – С.124-129.
3. Пучков К.В. Интраоперационное применение гемостатических средств.- 2021. –

Электронный ресурс. – Режим доступа: <https://www.puchkovk.ru/nmj/2021/30/10.php>. Дата обращения: 30.10.2022

4. Бежин А.И., Солдатова Д.С., Истратов Л.П. Исследование свойств новых гемостатических губок на основе коллагена // Оперативная хирургия и топографическая анатомия (Пироговский научный журнал). – 2018. - №4. – С.11-17.

5. Белозёрская Г.Г., Кабак В.А., Макаров В.А. гемостатические покрытия в форме порошка // Клинический вестник. – 2017.- №5. – С. 15-17.

6. Боймирзаев Ж.Ш., Нонсхужаева Н.А., Ризаева Н.М. Применение гемостатического геля // Science Time. – 2019. - №2. – С.44-48.

7. Белозерская Г.Г., Бычичко Д.Ю., Кабак В.А. Создание новых гемостатических покрытий локального действия на основе альгината натрия // Коллектив авторов. – 2018. -№ 5. – С. 224-225.

8. Константинова Ю.Е., Абросимова Н.В., Сотников К.А. Показатели кровоостанавливающей активности губок на основе карбоксиметилцеллюлозы // Здоровье и образование в 21 веке. – 2016. - №16. С. 142-144.

9. Масляков В.В., Ермилов П.В., Поляков А.В. Виды операций на селезенки при ее травме // Успехи временного естествознания. 2012. № 7. С. 29—35.

10. Фрончек Э.В., Григорян А.Ю., Блатун Л.А., Иновационные биологически активные ранозаживляющие и кровоостанавливающие средства на основе хитозана и коллагена: этапы разработки и медико-технические характеристики // Раны и раневые инфекции. – 2018. - №5. – С. 14-17.

11. Матчанов А.Д., Ташпулатов Ф.Н., Собирова Ф.А. Гемостатическая активность геля «Глилагель» на основе лагохилина с моноаммониевой солью глицирризиновой кислоты // Экспериментальная и клиническая фармакология. – 2020. - № 11. – С.20-22.

12. Северинов, Д. А. Оценка эффективности использования местных кровоостанавливающих средств в эксперименте / Д. А. Северинов, В. А. Липатов // Детская хирургия. – 2022. – Т. 26. – № S1. – С. 141-142. – EDN COURGC.

13. Солдатова Д.С., Бежин А.И., Ишунина Т.А. Экспериментальное исследование эффективности нового гемостатического средства на основе геля натрия карбоксиметилцеллюлозы и аминокaproновой кислоты после частичной спленэктомии у крыс // JOURNAL OF EXPERIMENTAL AND CLINICAL SURGERY. – 2020. - №4. – С. 320-325.

14. Суковатых Б.С., Мясников А.Д.,

Липатов В.А. Эффективность антиспаечного средства с барьерным действием «мезогель» после рассечения спаек у пациентов с острой спаечной кишечной непроходимостью // Вестник хирургии им. И.И. Грекова. – 2008. - №5. – С. 29-32.

15. Майстренко А.Н., Бежин А.И., Липатов В.А. Сравнительная оценка гемостатической активности новых аппликационных средств при травмах и операциях на печени и селезенке в эксперименте // Курский научно-практический вестник Человек и его здоровье. – 2009. - №2. – С. 19-26.

16. Бежин А.С., Майстренко А.Н., Липатов В.А. Гемостатическая активность новых аппликационных средств на основе карбоксиметилцеллюлозы // Вестник новых медицинских технологий. – 2019. - №3. – С.152-154.

17. Использование пластических свойств препарата "Тахокомб" для закрытия перфоративных язв / Б. К. Шуркалин, В. А. Горский, И. В. Леоненко [и др.] // Альманах клинической медицины. – 2006. – № 11. – С. 173-176. – EDN HZKSQX.

К ВОПРОСУ О ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХИ

TO THE QUESTION OF DIFFERENTIAL DIAGNOSIS OF MECHANICAL JAUNDICE

■ Лукашов М.М.

■ Lukashov M.M.

■ Саломатина А.В.

■ Salomatina A.V.

■ Курский государственный медицинский
университет

■ Kursk State Medical University

E-mail: misha.lukashov.97@mail.ru

Резюме

Описан случай сложной диагностики механической желтухи у мужчины 55 лет. Острое начало развития желтухи без выраженного болевого синдрома, быстрое нарастание и выраженная интенсивность желтухи, тёмная моча, светлый кал, преобладание прямой фракции билирубина, существенное повышение щелочной фосфатазы при умеренном повышении уровня трансаминаз свидетельствовали о механическом характере желтухи. Наиболее вероятной причиной её представлялась злокачественная опухоль головки поджелудочной железы. Об этом во многом говорили данные ультразвукового исследования (УЗИ), магнитно-резонансной томографии (МРТ) и фиброгастродуоденоскопии. В то же время, при УЗИ, МРТ и эндо-УЗИ не было обнаружено главного признака опухоли головки ПЖ – внутрипротоковой желчной гипертензии. Окончательный диагноз: «Обострение хронического панкреатита, очаговый стерильный панкреонекроз; острый токсический гепатит на фоне стеатогепатита» был поставлен коллегиально на основании мультидисциплинарного подхода, анализа не только данных лучевых, эндоскопических, лабораторных методов исследования, но и тщательного учёта данных анамнеза и клиники.

Ключевые слова: механическая желтуха, неинвазивные лучевые и эндоскопические методы диагностики, дифференциальная диагностика, токсический гепатит, острый панкреатит.

Summary

A case of complex diagnosis of mechanical jaundice in a 55-year-old man is described. The acute onset of jaundice without a pronounced pain syndrome, the rapid increase and pronounced intensity of jaundice, dark urine, light feces, the predominance of the direct fraction of bilirubin, a significant increase in alkaline phosphatase with a moderate increase in the level of transaminases testified to the mechanical nature of jaundice. The most probable cause of it was a malignant tumor of the head of the pancreas. This was largely confirmed by the data of ultrasound (ultrasound), magnetic resonance imaging (MRI) and fibrogastroduodenoscopy. At the same time ultrasound, MRI and endo-ultrasound didn't reveal the main sign of tumor the head of pancreas – intra-flow biliary hypertension. Final diagnosis is exacerbation of chronic pancreatitis, focal sterile pancreatic necrosis; acute toxic hepatitis on the background of steatohepatitis was diagnosed collectively on the basis of a multidisciplinary approach, analysis not only radiation, endoscopic, laboratory research methods, but also careful consideration of anamnesis and clinic data.

Key words: mechanical jaundice, noninvasive radiation and endoscopic diagnostic methods, differential diagnosis, toxic hepatitis, acute pancreatitis.

Библиографическая ссылка на статью

Лукашов М.М., Саломатина А.В. К вопросу о
дифференциальной диагностике механической желтухи //
Innova. - 2022. - № 3 (28). - С.24-30.

References to the article

Lukashov M.M., Salomatina A.V. To the question of differential
diagnosis of mechanical jaundice // Innova. - 2022. - No. 3 (28). -
P.24-30.

DOI:

Введение.

Дифференциальная диагностика механической желтухи (МЖ) остаётся в настоящее время актуальной проблемой абдоминальной хирургии, учитывая её значительную частоту, полиэтиологичность, необходимость дифференциальной диагностики характера желтухи (механическая, паренхиматозная или гемолитическая), значительный процент диагностических ошибок, что может приводить к развитию фатальных

осложнений [1-4].

Диагностика МЖ в настоящее время во многом регламентирована утверждёнными Министерством здравоохранения РФ «Клиническими рекомендациями», разработанными для желчнокаменной болезни [5] и острого холецистита [6].

Между тем, разработанный ещё в 2018 году проект национальных рекомендаций «Механическая желтуха» [7] до сих пор не

утверждён Министерством здравоохранения РФ, что может свидетельствовать об отсутствии общепринятого алгоритма обследования и лечения в зависимости от причины и уровня билиарного блока.

Решающая роль в топической и нозологической диагностике МЖ принадлежит неинвазивным лучевым методам [5, 6, 7].

Ультразвуковое исследование (УЗИ) считается в настоящее время методом скрининга при подозрении на МЖ [3, 5, 6]. УЗИ обладает целым рядом преимуществ, однако её слабой стороной является субъективность, определяемая высокой зависимостью от опыта и квалификации врача, выполняющего исследование, а также класса аппаратуры, подготовки больного [3, 6, 7].

Компьютерная томография без контрастирования позволяет обнаружить достаточно плотные камни гепатикохоледоха размерами 1-2 мм, однако «мягкие», не содержащие солей кальция билирубиновые или холестериновые конкременты могут обнаруживаться только при внутривенном контрастировании, которое значительно превосходит УЗИ в диагностике осложнённых форм острого холецистита, в том числе, холедохолитиаза [4, 5, 6].

Мультиспиральная компьютерная томография (МСКТ), особенно с внутривенным контрастированием имеет преимущества перед обычной КТ. Чувствительность МСКТ при диагностике МЖ достигает 96%, специфичность – 94%, а при КТ эти показатели соответственно 74% и 90% [7].

Самым чувствительным из неинвазивных методов современной диагностики МЖ признана магнитно-резонансная холангиография (МРХГ). Она выполняется при недостаточной информативности УЗИ и КТ. Большинство современных экспертов считают МРХГ методом «выбора» при диагностике МЖ, сопоставимым по точности с эндо-УЗИ [5, 6, 7]. Одним из её главных достоинств является отсутствие необходимости введения контрастного вещества, что очень важно при опасности аллергических реакций и риске токсического действия контрастного препарата на «скомпрометированную» желтухой печень.

Эндо-УЗИ пока не получило в нашей стране очень широкого распространения вследствие дороговизны, между тем, эндо-УЗИ обладает исключительно высокой точностью диагностики причины МЖ УЗИ [4, 6, 7].

Эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография (ЭРХПГ) в настоящее

время рекомендуется не для диагностики МЖ, а перед планируемой литоэкстракцией или эндоскопическим назобилиарным дренированием, что объясняется её инвазивностью, риском осложнений [6, 7].

Чрескожные методы диагностики МЖ остаются в ряду диагностических технологий ввиду их высокой чувствительности и специфичности, но частота неудач (15-20%) и осложнений (до 5%) оставляют для них достаточно узкую «нишу» в настоящее время [7, 8, 9]. Особенно опасны эти методы при отсутствии значимого расширения внутрипечёночных желчных протоков и недостаточной квалификации специалиста [7, 10]. Они должны применяться только в момент декомпрессии и непосредственно перед операцией [8, 9, 10].

Таким образом, применение современных неинвазивных методов лучевой диагностики позволяет с высокой точностью поставить топический и нозологический диагноз при МЖ. Однако в реальной клинической практике продолжают встречаться случаи сложной диагностики МЖ различной этиологии.

Цель исследования: анализ клинического случая трудной диагностики МЖ, вызванной обострением хронического панкреатита с формированием очагового стерильного панкреонекроза с одновременным развитием острого токсического гепатита на фоне стеатогепатита.

Больной М., 1967 года рождения (55 лет) поступил в хирургическое отделение Курской областной многопрофильной клинической больницы (КОМКБ) 17 сентября 2022 года (история болезни № 24201) с жалобами на ноющие боли в животе (преимущественно в эпигастральной области и правом подреберье), вздутие живота, тошноту, слабость, желтушность кожных покровов и слизистых оболочек, тёмную мочу, обесцвеченный кал. Считает себя больным в течение 1 недели, когда впервые появились дискомфорт в брюшной полости, вздутие живота, задержка стула, плохое отхождение кишечных газов; через 5 дней отметил желтушность кожных покровов и склер.

Из анамнеза жизни: 20 лет назад перенёс флебэктомию по поводу варикозного расширения вен обеих нижних конечностей, 4 года назад – эндопротезирование правого тазобедренного сустава. В течение 10 лет отмечает гипертоническую болезнь и остеохондроз. Работает водителем. Курит. Алкоголь употребляет эпизодически.

Обратился в центральную районную

больницу по месту жительства к терапевту, было назначено амбулаторное обследование.

При магнитно-резонансной томографии (МРТ) без контрастирования (рис. 1) печень не увеличена, структура паренхимы диффузно неоднородна. Воротная вена и холедох не расширены. Желчный пузырь размерами 37 x 25 мм, контуры ровные, чёткие, изогнут, содержимое неоднородное. Поджелудочная железа (ПЖ) размерами 24 x 22 x 20 мм, структура диффузно неоднородна. Проток её не расширен. В проекции головки ПЖ имеется объёмное образование с неровными контурами, с гипо-изоинтенсивным сигналом по T1 и T2,

размером 66 x 73 мм. Селезёнка не увеличена, структура её однородная. Имеется свободная жидкость в брюшной полости. Множественные парапанкреатические лимфатические узлы до 10 – 14 мм. Заключение: признаки диффузных изменений ПЖ (хронический панкреатит). МР-признаки хронического холецистита. Диффузные изменения паренхимы печени. Объёмное образование головки ПЖ (злокачественная опухоль?). Лимфаденопатия. Асцит. Данные МРТ были консультированы заведующим отделением рентгеновской компьютерной томографии КОМКБ, профессором И.С. Пискуновым.

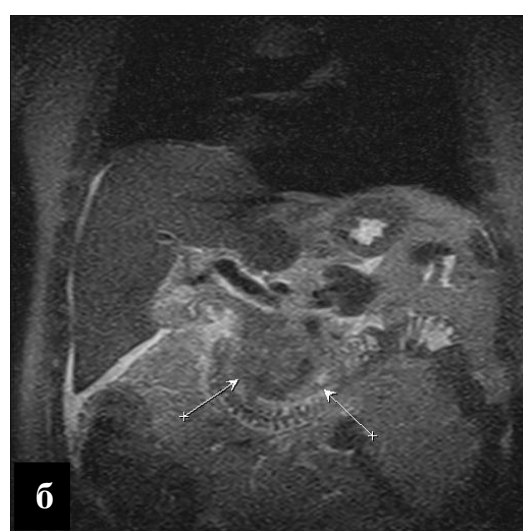
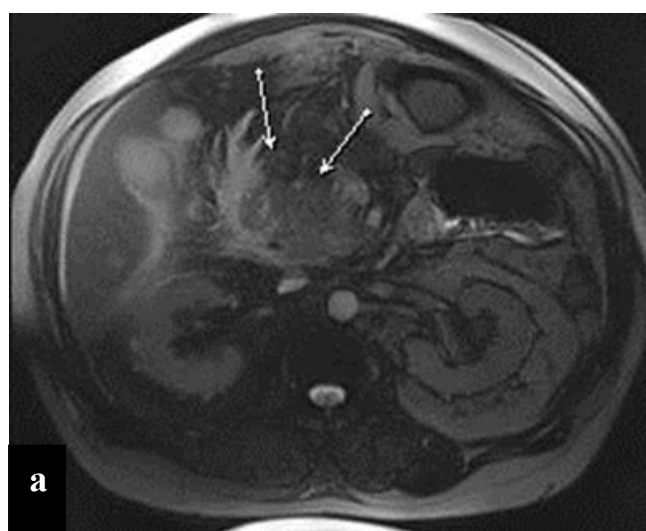


Рис. 1. МРТ органов брюшной полости больного М.: аксиальная (а) и фронтальная (б) плоскости. Опухоль головки ПЖ (показана стрелками) Хронический панкреатит. Лимфаденопатия. Асцит.

При фиброгастродуоденоскопии (ФГДС) в пищеводе и желудке патологии нет. Просвет двенадцатиперстной кишки (ДПК) сужен за счёт сдавления медиальной стенки. В просвете кишки скудное количество желчи. Заключение: опухоль головки ПЖ, гастродуоденит.

При поступлении в стационар состояние пациента удовлетворительное. Слегка заторможен, на вопросы отвечает несколько замедленно, адекватно. Повышенного питания. Рост 172 см, вес 86 кг. Кожные покровы и склеры интенсивно желтушные (рис. 2):



Рис. 2. Интенсивное окрашивание склер больного М.

Периферические лимфоузлы не пальпируются. Гемодинамические показатели в норме. Температура тела нормальная. Язык влажный. Живот несколько увеличен в объёме за счёт подкожной клетчатки, участвует в дыхании, мягкий, умеренно болезненный в эпигастрии и правом подреберье. Перкуторно асцит не определяется. Печень и селезёнка не пальпируются. Признаков раздражения брюшины нет. Стул был накануне, газы отходят.

Был поставлен предварительный клинический диагноз: Рак головки ПЖ, механическая желтуха, асцит.

При ультразвуковом исследовании (УЗИ) в КОМКБ в день поступления обнаружено, что внепечёчные желчные ходы не расширены, диаметр холедоха 7 мм. По ходу гепатодуоденальной связки имеется гидрофильная инфильтрация. Желчный пузырь атоничен, в просвете конкрементов нет. Паренхима ПЖ структурна, в основании головки железы лоцируется гипоехогенная инфильтрация паренхимы диаметром 50 мм. Экссудации в сальниковой сумке и забрюшинном пространстве нет. В брюшной полости свободная жидкость не определяется. Целесообразно эндо-УЗИ. На момент исследования показаний для чрескожной чреспечёчной микрохолангиостомии нет.

20 сентября было проведено повторное (экспертное) УЗИ органов брюшной полости. Сагиттальный размер левой доли печени 140 мм. Косой вертикальный размер 170 мм. Паренхима печени «перистая», средне-крупнозернистая, неоднородная. Желчный пузырь не напряжён, 72 x 31 мм, на 2/3 заполнен эхопозитивной взвесью. Внепечёчные желчные ходы не расширены. Стенка второго отдела ДПК циркулярно инфильтрирована. Паренхима по задней

поверхности головки ПЖ и крючковидного отростка гипоехогенна на площади 45 x 46 x 60 мм. Отмечается диффузный парез тонкой кишки, петли её до 22 мм. В подпечёчном пространстве свободная жидкость с толщиной до 8 мм. Отмечается нелокализованная щелевидная экссудация в правом центральном забрюшинном пространстве. Заключение: объёмно-инфильтративное поражение крючковидного отростка, парапанкреатической и парадуоденальной клетчатки без признаков актуальной желчной гипертензии на фоне выраженных диффузных изменений печёочной паренхимы.

В тот же день выполнено эндоскопическое УЗИ. Эндоскоп свободно проведен в пищевод и далее – в ДПК. При осмотре в желудке очаговая гиперемия слизистой оболочки и отёк. Присутствуют признаки нарушения эвакуации в виде большого количества застойного содержимого. В ДПК выраженное выбухание медиальной стенки и её отёк. Слизистая оболочка ДПК рыхлая, отёчная, контактно ранимая, мягкая, «не кусается». Выполнена биопсия. Большой сосочек ДПК не визуализируется в инфильтрате. Выполнено эхосканирование из стандартных позиций. Отмечается выраженный гидрофильный отёк головки ПЖ и крючковидного отростка, который распространяется на парапанкреатическую клетчатку, печёочно-двенадцатиперстную связку и стенку ДПК. Текстура ткани ПЖ в головке сохранена. ПЖ значительно увеличена в размерах, контур её неровный, нечёткий. Главный панкреатический проток и холедох не расширены. Воротная вена до 12 мм, не расширена, просвет её не сужен. ПЖ в теле и хвосте не изменена. Лимфаденопатии нет.

Закключение: отёчно-инфильтративные изменения головки и крючковидного отростка ПЖ, парапанкреатической клетчатки и ДПК, вероятнее, воспалительного генеза.

В общем анализе крови анемии, лейкоцитоза, сдвига лейкоцитарной формулы влево нет. СОЭ 45 мм/ч. В общем анализе мочи удельный вес 1020, белок 0,11 г/л, сахар – нет, лейкоциты – 6-8 в поле зрения, эритроциты – 2 – 3 в поле зрения, цилиндры – до 40 в поле зрения, ураты – небольшое количество.

В биохимическом анализе крови глюкоза – 5,0 ммоль/л, общий белок – 52,8 г/л, креатинин – 73,5 мкмоль/л, мочевины – 8,8 ммоль/л, амилаза – 48,0 ммоль/л, АСТ – 145,0 ммоль/л (при норме менее 50), АЛТ – 142,7 ммоль/л, (при норме менее 50), щелочная фосфатаза – 1386 Ед/л (при норме 30-120).

Билирубин в динамике: 264,6 (прямой – 218,5, непрямой – 46,1) мкмоль/л (17.09.22) – 210,0 (прямой – 180,0, непрямой – 30,0) мкмоль/л (20.09.22) – 66,1 (прямой – 49,3, непрямой – 16,8) мкмоль/л (23.09.22) – 29,0 (прямой – 6,5, непрямой – 22,5) мкмоль/л (27.09.22).

Анализ крови на ВИЧ-инфекцию, сифилис, гепатиты В и С – отрицательные.

Биопсия слизистой оболочки ДПК – признаки хронического воспаления с элементами деструкции ткани.

Таким образом, на основании полученной информации, однозначно высказаться в пользу конкретного диагноза было затруднительно. С одной стороны, у больного были многочисленные признаки механического характера желтухи: острое начало развития желтухи без выраженного болевого синдрома, быстрое нарастание и выраженная интенсивность желтухи, тёмная моча, преобладание прямой фракции билирубина, существенное повышение щелочной фосфатазы, умеренное повышение трансаминаз. Наиболее вероятной причиной механической желтухи представлялась злокачественная опухоль головки ПЖ. В её пользу во многом свидетельствовали данные УЗИ, МРТ, ФГДС. В то же время, при УЗИ, МРТ и эндо-УЗИ не было обнаружено главного признака опухоли головки ПЖ – внутрипротоковой желчной гипертензии.

21 сентября состоялся консилиум с участием хирургов, эндоскописта, специалистов по лучевой диагностике и гастроэнтеролога. При тщательном целенаправленном дополнительном расспросе было установлено, что накануне начала заболевания пациент употреблял спиртные напитки, в прошлом он также употреблял алкоголь и его суррогаты. Перед

госпитализацией в течение 2-3 суток отмечал умеренные боли в верхних отделах живота (которым он не придавал значения при первоначальном расспросе), принимал самостоятельно анальгетики и спазмолитики.

Коллегиально был поставлен диагноз: острый токсический гепатит на фоне стеатогепатита. Степень выраженности воспалительных изменений в ПЖ нуждается в уточнении.

Было назначено консервативное лечение: диета, преднизолон 60 мг х 2 раза внутривенно с постепенным снижением дозы; омепразол 20 мг х 2 раза внутривенно; гептрал 400 мг х 2 раза внутривенно капельно на 200,0 мл 0,9% раствора хлорида натрия; пентоксифиллин 5,0 мл на 200 мл 0,9% раствора хлорида натрия; декстроза 5% 400,0 мл; тиамин 2,0 мл, пиридоксин 2,0 мл внутримышечно через 1 день; аскорбиновая кислота 5% 5,0 мл внутривенно; ремаксол 500,0 мл внутривенно капельно; продолжить антибиотикотерапию (цефотаксим), спазмолитики, ингибиторы протеаз, инфузионную детоксикационную терапию.

23 сентября была проведена компьютерная томография (КТ) органов брюшной полости и забрюшинного пространства с внутривенным контрастным усилением (ультравист 370,0 – 50,0 мл). Печень умеренно увеличена, плотность её диффузно снижена, однородной структуры. Внутри- и внепечёночные протоки не расширены. Желчный пузырь не изменён, рентгеноконтрастных конкрементов не выявлено. ПЖ: тело – 25 мм, хвост – 21 мм. Головка и крючковидный отросток отчётливо не дифференцируются на фоне экссудативных изменений, распространяющихся в область корня брыжейки тонкой кишки, по ходу переднего листка фасции Героты в переднее параренальное пространство, по ходу печёочно-желудочной и печёочно-двенадцатиперстной связки в область ворот печени, а также в предаортальное пространство. Вирсунгов проток не расширен. Селезёнка не увеличена, структура её не изменена. Надпочечники без патологии. Почки расположены обычно, не увеличены, структура и плотность паренхимы не изменены. Чашечно-лоханочные системы не расширены. Мочеточники не расширены. Конкрементов по ходу мочевыводящих путей не выявлено. Визуализируются парапанкреатические лимфатические узлы до 8 мм. В брюшной полости определяется небольшое количество выпота. Заключение: гепатомегалия, диффузные изменения паренхимы печени, КТ-признаки

панкреонекроза с поражением головки ПЖ, экссудативные изменения забрюшинной клетчатки, регионарная лимфаденопатия, малый асцит (рис. 3). Данные КТ были консультированы

заведующим отделением рентгеновской компьютерной томографии КОМКБ, профессором И.С. Пискуновым.

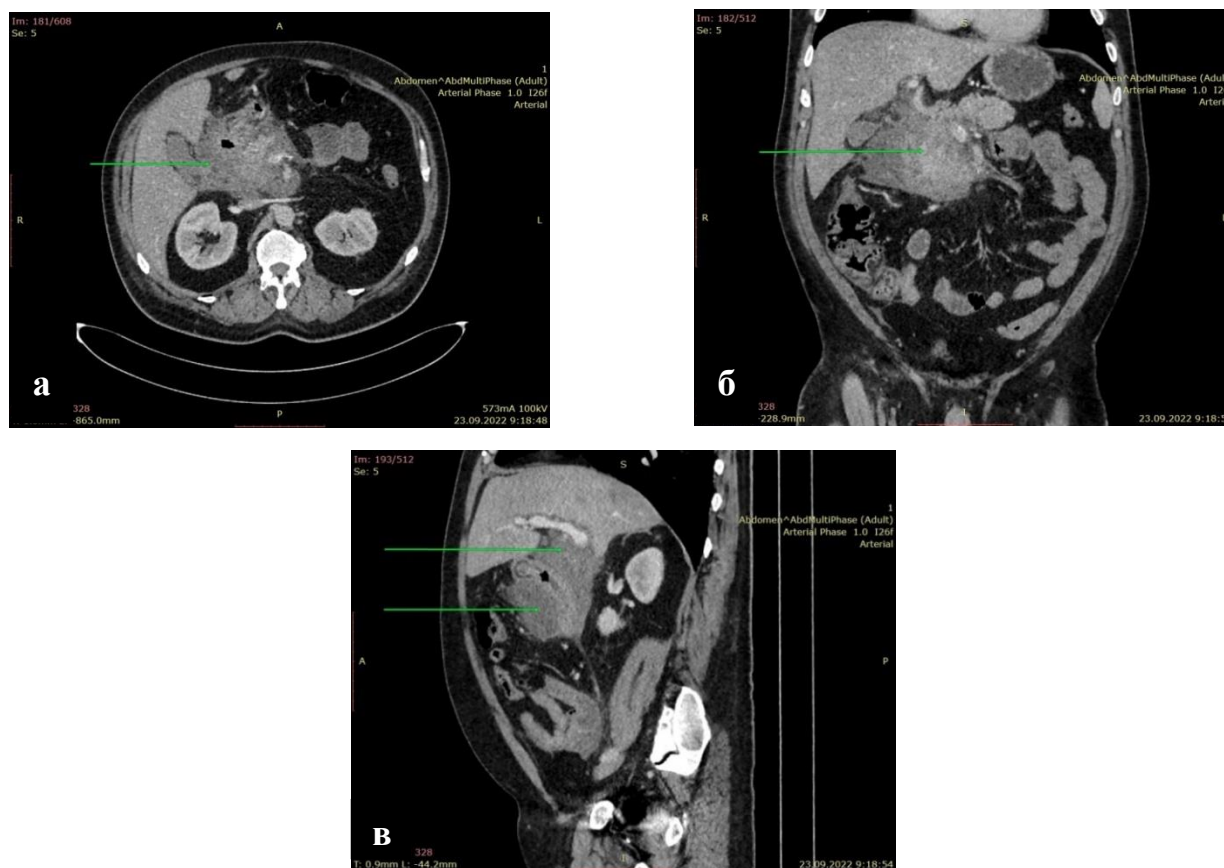


Рис. 3. КТ органов брюшной полости больного М. с внутривенным контрастированием: а) аксиальная плоскость, реконструкции во фронтальной (б) и сагиттальной (в) плоскостях. Опухоль головки ПЖ (показана стрелками). Лимфаденопатия. Хронический панкреатит.

После проведения соответствующей комплексной консервативной терапии состояние пациента нормализовалось. Был выписан 30 сентября в удовлетворительном состоянии в районную больницу по месту жительства для окончательной реабилитации.

Заключительный клинический диагноз: обострение хронического панкреатита, очаговый стерильный панкреонекроз; острый токсический гепатит на фоне стеатогепатита.

Заключение. Таким образом, приведенный клинический случай иллюстрирует вариант трудной диагностики желтухи. Ни один из современных методов инструментальной (не говоря о лабораторной) диагностики не может со 100% уверенностью установить причину желтухи, особенно в случаях сочетанной патологии. Лишь мультидисциплинарный подход, тщательный анализ не только данных лучевых, эндоскопических, лабораторных методов исследования, но и учёт данных анамнеза и

клиники позволяют с большой долей вероятности поставить правильный диагноз.

Литература.

1. Самсон А.А. Дифференциальная диагностика желтух / Медицина неотложных состояний, 2013. - № 5(52). – С. 10 – 19.
2. Клиническая хирургия: национальное руководство: в 3 т. / под ред. В.С. Савельева, А.И. Кириенко. – М.: ГЭОТАР – Медиа, 2009. – Т. II. – 832 с.
3. Клиническая хирургия: учебное пособие для клинических ординаторов и врачей под ред. проф. В.А. Лазаренко. – Курск: КГМУ, 2017. – 924 с.
4. Натальский А.А. Современные принципы диагностики и лечения синдрома механической желтухи. Дисс. ... д.м.н. (специальность 14.01.17 – хирургия). – Рязань, 2015. – 248 с. – Адрес ссылки: NatalskDis.pdf.
5. Клинические рекомендации - Желчнокаменная болезнь – Утверждены

Минздравом РФ 31.08.2021. – 35 с. – Адрес ссылки: 1056_kr21K80MZ.pdf.

6. Клинические рекомендации – Острый холецистит – Утверждены Минздравом РФ 03.09.2021. – 41 с. Адрес ссылки: 1057_krK80K82MZ.pdf.

7. Клинические рекомендации – Механическая желтуха – проект. – 2018. – 206 с.

8. Охотников О.И., Григорьев С.Н., Яковлева М.В. Транспапиллярные миниинвазивные вмешательства при холедохолитиазе. Анналы хирургической гепатологии, 2011, № 16 (1). – С. 58 - 62.

9. Охотников О.И., Лазаренко В.А., Григорьев С.Н., Яковлева М.В. Интервенционная радиология в лечении холедохолитиаза, осложнённого механической желтухой. – Курский научно-практический вестник, 2011. - № 3. – С. 115 – 121.

10. Михайличенко В.Ю., Кисляков В.В., Резниченко А.М., Самарин С.А. Современные аспекты хирургического лечения синдрома механической желтухи // Современные проблемы науки и образования. – 2019. – № 3; URL: <https://science-education.ru/ru/article/view?id=28755> (дата обращения: 27.10.2022).

К.С. БОГОЯВЛЕНСКИЙ, ОСНОВОПОЛОЖНИК НАУЧНОЙ ШКОЛЫ ОНКОЦИТОЛОГИИ КУРСКОГО ГОСУДАРСТВЕННОГО МЕДИЦИНСКОГО ИНСТИТУТА

K.S. BOGOYAVLENSKY, THE FOUNDER OF THE SCIENTIFIC SCHOOL OF ONCOCYTOLOGY IN KURSK

■ Пучков В.И.

■ Никишина Н.А.
Кандидат психологических наук

■ Иванов А.В.
Доктор медицинских наук

■ Курский государственный медицинский
университет

■ Puchkov V.I.

■ Nikishina N.A.
PhD in Psychology

■ Ivanov A.V.
Doctor of Medical Sciences

■ Kursk State Medical University

E-mail: nikishinana@kursksmu.net

Резюме

Статья посвящена научной биографии д.б.н., профессора К.С. Богоявленскому, первого учёного-онкоцитолога, работавшего в Курском государственном медицинском институте с 1935 г. по 1941 г. Показан его вклад в цитологию и онкоцитологию. Проанализированы результаты исследований его учеников в области теории канцерогенеза и методов диагностики рака.

Ключевые слова: Богоявленский К.С., цитология, онкоцитология, Курский государственный медицинский институт.

Summary

The article is dedicated to Doctor of Biological Sciences, Professor K.S. Bogoyavlensky, the first oncocytopologist who worked at the Kursk State Medical Institute from 1935 to 1941. His contribution to cytology and oncocytopology is shown. The results of studies of his students in the field of the theory of carcinogenesis and methods of cancer diagnostics are analyzed.

Key words: Bogoyavlensky K.S., oncocytopology, Kursk State Medical Institute.

Библиографическая ссылка на статью

Пучков В.И., Никишина Н.А., Иванов А.В. К.С. Богоявленский, основоположник научной школы онкоцитологии Курского государственного медицинского института // Innova. - 2022. - № 3 (28). - С.31-35.

References to the article

Puchkov V.I., Nikishina N.A., Ivanov A.V. K.S. Bogoyavlensky, founder of the scientific school of oncocytopology of the Kursk State Medical Institute // Innova. - 2022. - No. 3 (28). - P.31-35.

DOI:

Введение. Онкоцитология и клиническая цитология как самостоятельные научные направления сформировались в России в 30-х годах XX века. С этого времени начали складываться научные школы по исследованию причин канцерогенеза, морфологических изменений в раковых клетках, методов цитологической диагностики новообразований и способов лечения рака. Одной из самых известных научных школ онкоцитологии, является научная школа профессора Григория Ивановича Роскина, представители которой работали на кафедре гистологии и эмбриологии

Курского государственного медицинского института (КГМИ). Это были профессор К.С. Богоявленский и к.б.н., М.Н. Ринчино. В 30-х годах XX века они стали первыми учёными, изучавшими проблемы онкоцитологии в КГМИ [3, 5, 6]. Целью настоящей работы является восстановление истории становления научных исследований в области онкоцитологии и клинической цитологии в КГМИ.

Материалы и методы. Основным методом исследования являлся анализ результатов научных исследований заведующего кафедрой гистологии КГМИ с 1941 г. по 1945 г.,

д.б.н., профессора К.С. Богоявленского.

Результаты и их обсуждение. Курский государственный медицинский институт был основан в 1935 г. Первым учёным-онкоцитологами в КГМИ, являлись выпускники МГУ, К.С. Богоявленский и М.Н. Ринчино. Оба

они изучали гистологию у профессора Григория Иосифовича Роскина (Рис. 1), основоположника научной школы онкоцитологии и биотерапии рака [2, 4, 7] и одного из самых известных учеников Николая Константиновича Кольцова [2, 8, 9].

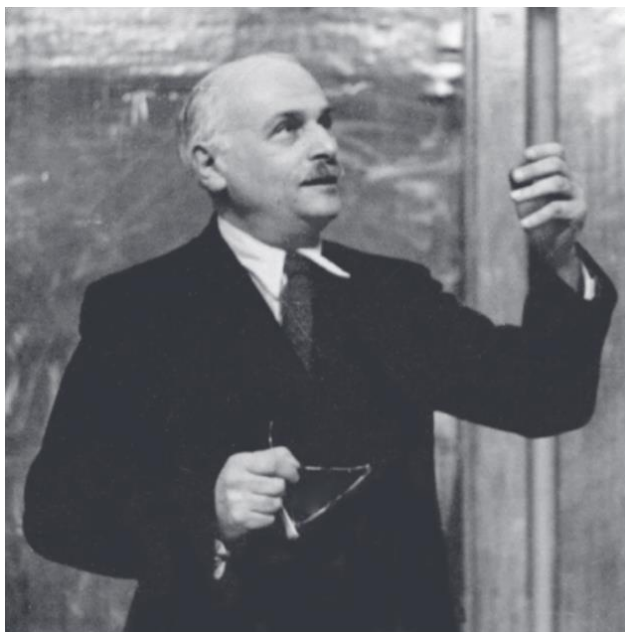


Рис. 1. Роскин Григорий Иванович (1892-1964), основоположник биотерапии рака. Источник: Бродский В.Я. Мои учителя // Онтогенез. 2019. Том 50, № 1. С. 65-72

Всемирную известность, Г.И. Роскину принесли работы 1931 г., в которых он обнаружил антагонизм между злокачественным ростом клеток в организме и тропической паразитарной болезнью, вызываемой простейшими вида *Trypanosoma cruzi* (болезнь Шагала). Г.И. Роскин достоверно показал, что у животных, зараженных тропическим одноклеточным паразитом *Trypanosoma cruzi* останавливается рост раковых клеток и начинается регрессия опухоли, вплоть до её полного исчезновения. Данный феномен был подтвержден многочисленными работами отечественных и зарубежных учёных. В поиске причин такого эффекта паразитических одноклеточных *Trypanosoma cruzi*, Г.И. Роскин показал, что для раковых клеток характерна высокая агрессивность и при этом повышенная чувствительность к различным воздействиям [2, 3, 4].

Совместно со своей женой, выдающимся учёным, Ниной Григорьевной Ключевой, Г.И. Роскин создал противораковый антибиотик «круцин». Этот препарат приводил к нарушению белкового и нуклеинового обмена злокачественных клеток и последующему

нарушению их структуры. Основу этого противоракового препарата составляли компоненты убитых клеток *Trypanosoma cruzi* [2]. Круцин показал свою высокую эффективность в терапии злокачественных опухолей и подавлял рост клеток рака шейки матки, желудка, гортани, аденокарциномы молочной железы, поджелудочной железы и ангиосаркомы. В 1957 г. Н.Г. Ключева и Г.И. Роскин опубликовали книгу «Проблема противораковых антибиотиков». И это была первая в мире научная работа по биотерапии рака. В 1967 г. эта книга в английском переводе «Biotherapy of malignant tumors» была издана в Оксфорде [2].

Константин Сергеевич Богоявленский являлся одним из наиболее известных учеников Г.И. Роскина и Н.В. Богоявленского [2]. В КГМИ он возглавлял кафедру гистологии и эмбриологии с 1935 г. по 1941 г. и кафедру биологии с 1936 г. по 1938 г. После войны заведовал кафедрой гистологии Латвийского государственного университета (1948–1950 гг.), а затем кафедрой гистологии Рижского медицинского института (ныне Рижского университета им. Страдыня) (1950–1966 гг.) [3-5].



Рис. 2. Богоявленский Константин Сергеевич (1899 – 1967), онкоцитолог, заведующий кафедрой гистологии и эмбриологии КГМИ с 1935 г. по 1941 г.

К.С. Богоявленский считается основоположником цитологии, онкоцитологии и гистохимии нуклеопротеинов в Курском и в Рижском государственных медицинских институтах. Вместе со своими учениками он занимался исследованием гистохимических особенностей деления, дифференцировки и метаболизма опухолевых клеток. В поиске причин канцерогенеза, изучал гистохимию раковых клеток и изменениями в строении органелл и ядра.

В 50-х годах XX века выявил ахромазию клеточного ядра и увеличенный объем ядра на начальных стадиях канцерогенеза в клетках по сравнению с нормальными клетками тканей; показал различия в цитохимии нуклеопротеидов нормальных и опухолевых клеток. В середине XX века в СССР, К.С. Богоявленский был одним из ведущих исследователей цитохимии нуклеопротеинов в нормальных и раковых клетках.

Вместе со своими учениками К.С. Богоявленский разрабатывал способы нормализации клеток злокачественных опухолей, считал это возможным и изучал теоретические основы противоопухолевой терапии.

Во второй половине XX века, К.С. Богоявленский активно сотрудничал с профессором Л.А. Зильбером, основоположником вирусогенетической концепции канцерогенеза, который полагал, что пусковым механизмом в трансформации клеток из нормальных в раковые является вирус. Однако К.С. Богоявленский и его ученик Я.О.

Эренпрейс придерживались теории канцерогенеза Конгейма, согласно которой, причиной рака считаются эмбриональные клетки, которые остались не использованными в онтогенезе и являющиеся «дремлющими зачатками». В дальнейшем эти эмбриональные клетки могут оставаться латентными, дремлющими и ничем не проявляться, но могут рано или поздно, под влиянием травмы, воспалений или под влиянием других причин начать расти, образуя опухоль [7, 8, 9].

Сущность злокачественности К.С. Богоявленский и его ученик Я.О. Эренпрейс понимали так: «В опухолевой клетке ничего не «сломано», но главное, что в ней не закончился процесс дифференциации свойственный для клеток этой ткани. Или в раковых клетках подавлена способность к полной дифференциации в пределах гистогенетической особенности этой ткани» [6]. Ответ на этот вопрос о неспособности клеток опухолей полностью дифференцироваться они считали ключом к пониманию природы рака.

С 1939 г. по 1964 г. на кафедре гистологии и эмбриологии КГМИ работала к.б.н., Мария Никифоровна Ринчино (Рис. 3), прямая ученица д.б.н., профессора К.С. Богоявленского. Она также была ученым-цитологом и первым руководителем научного студенческого кружка кафедры гистологии и эмбриологии КГМИ, где обучала студентов культивированию нормальных и раковых клеток. С кружка по гистологии начинали свой путь в науке д.м.н., профессор В.В. Яглов; к.м.н., Л.Л. Гольцман; к.м.н., доцент

Г.Г. Язева, к.м.н., доцент В.П. Жарков и к.м.н.,
доцент, заведующий кафедрой гистологии,

эмбриологии, цитологии КГМУ с 1984 г. по 1998 г.
Л.Н. Моралёв [6, 8, 9].



Рис. 3. Ринчино Мария Никифоровна (1900-1993), к.б.н., ассистент кафедры гистологии КГМИ с 1939 г. по 1964 г.

Из воспоминаний к.м.н., доцента кафедры гистологии и эмбриологии КГМИ Г.Г. Язевой: «С особым чувством благодарности я вспоминаю свою научную работу под руководством Марии Никифоровны Ринчино, в 60-е годы прошлого столетия работавшей ассистентом кафедры гистологии КГМИ. Сколько она с нами возилась, не передать словами! И как многому нас научила! Под ее руководством мы овладели таким тонким и трудоемким методом исследования, как культура ткани. В 1963 году на кафедре мы культивировали, выращивали живые злокачественные клетки папилломы кролика. Мы научились делать мазки – отпечатки этой опухоли, изучать и описывать злокачественные клетки с иммерсионным объективом микроскопа» [1].

Закключение. Таким образом, первыми учёными-онкоцитологами КГМИ были д.б.н., профессор К.С. Богоявленский, заведовавший кафедрой гистологии эмбриологии КГМИ с 1935 г. по 1941 и его ученица к.б.н. М.Н. Ринчино,

работавшая на кафедре гистологии и эмбриологии КГМИ с 1939 г. по 1964 г. К.С. Богоявленский и М.Н. Ринчино учили молодых исследователей КГМИ методам диагностики раковых клеток, выявлению клеток в предраковых состояний и внесли большой вклад в становление онкоцитологии и клинической цитологии в Курске.

Литература.

1. Башкатова И.В. Г.Г. Язева: «Своих педагогов вспоминаю с чувством благодарности» // Вести Курского медуниверситета. 2012. № 6. С. 10-11.
2. Бродский В.Я. Мои учителя // Онтогенез. 2019. Том 50, № 1. С. 65-72.
3. Иванов А.В., Коротько Т.Г., Никишина Н.А. Из истории кафедры гистологии Курского государственного медицинского университета. Курск: ФГБОУ ВО КГМУ Минздрава России, 2018. 152 с.
4. Иванов А.В., Коротько Т.Г., Никишина Н.А. История продолжается у нас //

Коллекция гуманитарных исследований. 2017. № 1 (4). С. 31-36.

5. Иванов А.В., Никишина Н.А., Коротько Т.Г. Константин Сергеевич Богоявленский (К 120-Летию со дня рождения). Морфология. 2019. Т. 155. № 3. С. 87-89.

6. Иванов А.В., Никишина Н.А., Коротько Т.Г. Основные этапы развития кафедры гистологии, эмбриологии, цитологии в КГМУ // Материалы научно-практической конференции с международным участием, посвященной 250-летию со дня рождения Е.О. Мухина «Учителя и ученики: преемственность поколений». М.: 2016. С. 105-107.

7. Иванов А.В., Никишина Н.А., Коротько Т.Г. Памяти Марии Никифоровны Ринчино. К 120-летию со дня рождения // Историко-биологические исследования. 2021. № 4. С. 22-34

8. Иванов А.В., Харченко В.В., Никишина Н.А., Рязанова Л.М. Становление и развитие кафедр анатомии и гистологии Курского государственного медицинского университета //

Сборник научных статей по материалам Всероссийской научно-практической конференции с международным участием, посвященной 85-летию Курского государственного медицинского университета, 120-летию со дня рождения профессора К.С. Богоявленского, 100-летию со дня рождения профессора Д.А. Сигалевича, 100-летию со дня рождения профессора З.Н. Горбачевич «Достижения современной морфологии - практической медицине и образованию» // Под редакцией В.А. Лазаренко. 2020. С. 10-25.

9. Никишина Н.А., Коротько Т.Г. Роль музея кафедры гистологии в сохранении университетских традиций // Сборник трудов Всероссийской научно-учебной конференции с международным участием, посвященной 82-й годовщине КГМУ «Образовательный процесс: поиск эффективных форм и механизмов» // Под редакцией В.А. Лазаренко, П.В. Калущкого, П.В. Ткаченко, А.И. Овод, Н.Б. Дрёмовой, Н.С. Степашова. Курск, 2017. С. 425-426.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ОПЕРАТИВНЫХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ ПАХОВЫХ ГРЫЖ

COMPARATIVE CHARACTERISTICS OF SURGICAL METHODS OF INGUINAL HERNIA TREATMENT

■ Пожарицкий А.М.

■ Головацкий А.П.

■ Буравский А.В.

■ Безводицкая А.А.

■ Pozharitsky A.M.

■ Golovatsky A.P.

■ Buravsky A.V.

■ Bezvoditskaya A.A.

■ Белорусский государственный медицинский
университет

■ Belorussian State Medical University

E-mail: djshema46@gmail.com

Резюме

Установлено более длительное восстановление трудоспособности, а также выраженный болевой синдром у пациентов, оперированных по методике Лихтенштейна. В то же время данная операция более предпочтительна у лиц с сопутствующей патологией.

Ключевые слова: герниопластика, лапароскопия, лапаротомия, Лихтенштейн, ТЭП.

Summary

A longer recovery of working capacity was established, as well as a pronounced pain syndrome in patients operated according to the Lichtenstein method. At the same time, this operation is more preferable in people with concomitant pathology.

Key words: Hernioplasty, laparoscopy, laparotomy, Lichtenstein, TEP.

Библиографическая ссылка на статью

Пожарицкий А.М., Головацкий А.П., Буравский А.В.,
Безводицкая А.А. Сравнительная характеристика
оперативных методов лечения паховых грыж // Innova. -
2022. - № 3 (28). - С.36-38.

References to the article

Пожарицкий А.М., Головацкий А.П., Буравский А.В.,
Безводицкая А.А. Сравнительная характеристика
оперативных методов лечения паховых грыж // Innova. - 2022.
- № 3 (28). - С.36-38.

DOI:

Введение.

Паховая грыжа – хирургическая патология, поражающая до 60% трудоспособного мужского населения и имеющая высокий процент рецидивов после операции [2].

Существует множество методов лечения паховых грыж. Предложенная Лихтенштейном (1986 г.) операция является эталонным методом открытого вмешательства. Но, с развитием малоинвазивных способов лечения, все чаще применяется лапароскопическая пластика грыж, а конкретно метод тотальной экстраперитонеальной пластики (ТЭП) [1].

Цель исследования – провести сравнение непосредственных (ранних) и

отдаленных результатов двух методов оперативного лечения паховых грыж – ТЭП и операции по Лихтенштейну.

Материалы и методы. На базе УЗ «Городская клиническая больница № 4» г. Минска выполнен рандомизированный ретроспективный анализ 106 медицинских карт стационарного пациента хирургического отделения за 2019 год: 64 пациента с выполненной операцией по Лихтенштейну и 42 пациента с ТЭП. Все пациенты мужского пола в возрасте от 19 до 60 лет оперированы по поводу паховой грыжи.

ТЭП выполнялась пациентам с

односторонними паховыми грыжами. В первую очередь, таким образом лечили молодых мужчин (Me – 31,7 лет).

Операция по Лихтенштейну выполнялась как при односторонней, так и двусторонней паховых грыжах (58 и 6 случаев соответственно), ущемленной грыже (4 случая), рецидиве грыжи (1 случай). Оперированы мужчины различного возраста (Me – 48,8 лет). Пациенты были разделены на группы по возрасту (20-40 лет и 40-60 лет) и наличию сопутствующей патологии.

Непосредственные результаты операций исследованы на основании анализа медицинских карт стационарного пациента, а отдаленные – (через 2 года) – по данным телефонного анкетирования, в котором приняли участие 82 (29 с ТЭП и 53 с операцией по Лихтенштейну) человека. С остальными 24 пациентами связаться по телефону не удалось. Все исследования выполнены с соблюдением правил биомедицинской этики (сохранение врачебной тайны и конфиденциальность информации).

Статистическая обработка полученных результатов выполнена с использованием непараметрического метода Хи-квадрат Пирсона и U-критерия Манна-Уитни. Во внимание принимались результаты при $p < 0,05$.

В ходе анализа медицинских карт были определены следующие параметры сравнения

двух методов: продолжительность операции, количество койко-дней, проведенных в учреждении здравоохранения после вмешательства, скорость восстановления трудоспособности, наличие/отсутствие синдрома хронической боли в период восстановления, наличие/отсутствие рецидива грыжи после операции.

Результаты и обсуждение. При анализе медицинских карт отмечено следующее возрастное распределение. ТЭП чаще выполнялась мужчинам возрастной группы 20-40 лет (79% против 21%), а операция по Лихтенштейну чаще в группе 40-60 лет (77% против 23%) при $p < 0,05$, что связано с лучшей переносимостью общей анестезии в группе молодых людей, которая необходима при выполнении операции ТЭП. Средняя продолжительность операции ТЭП в группе 20-40 лет составила 38,6 минут, в группе 40-60 лет – 59,5 минут. Средняя длительность операции по Лихтенштейну в группе 20-40 лет составила 38,7 минут, в группе 40-60 лет – 42,2 минуты (разница с ТЭП 29%), в случаях, осложненных сопутствующей патологией (ИБС, сахарный диабет, морбидное ожирение) – 47,6 минут.

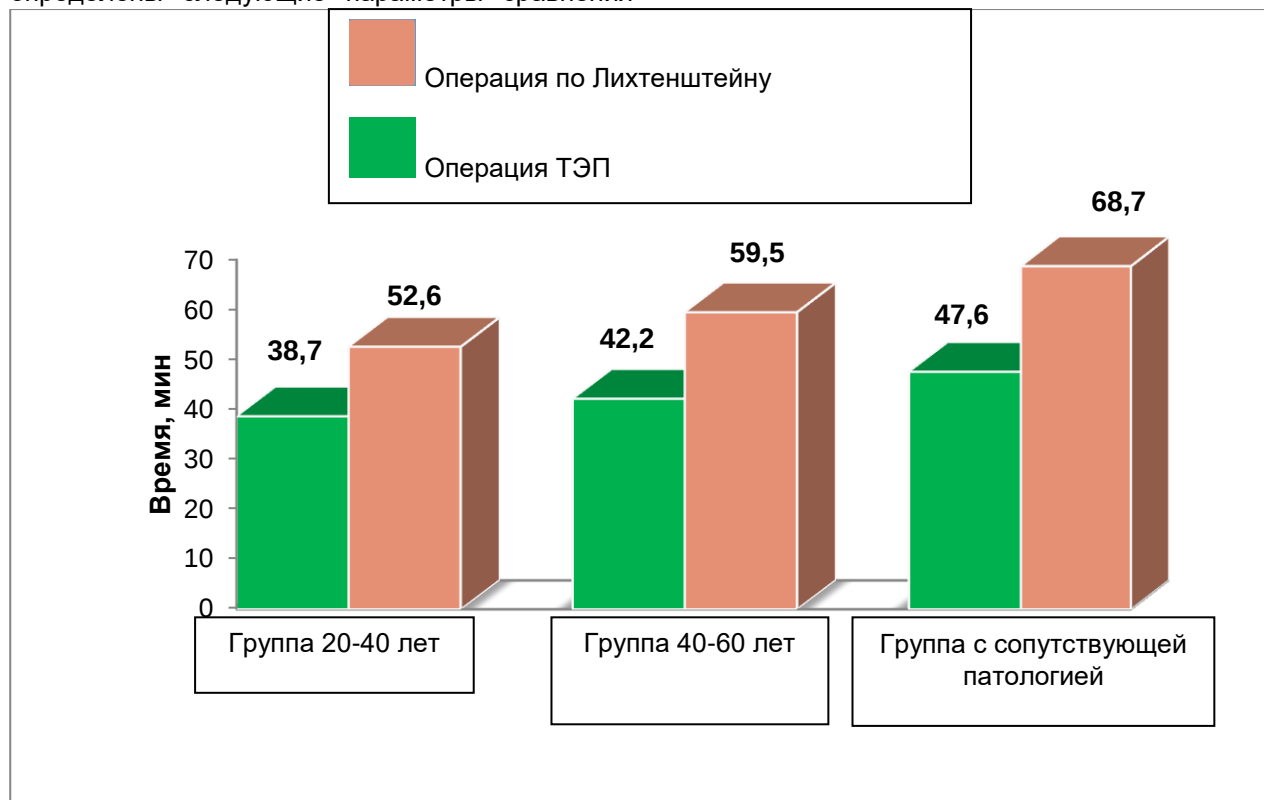


Рис.1. Длительность проводимых вмешательств в анализируемых группах.

После выполнения операции ТЭП среднее количество койко-дней в группе 20-40 лет составило 3,5 дней, в группе 40-60 лет – 4,6 дней. После проведенной операции по Лихтенштейну медиана койко-дней в группе 20-40 лет составила 4,2 дня (разница с ТЭП 16,7%), в группе 40-60 лет – 6,9 дней (разница с ТЭП 33,3%), в случаях с сопутствующей патологией 11,2 дня (в 6 случаях отмечен перевод в отделение терапевтического профиля). Для группы оперированных по ТЭП методу с сопутствующей патологией получились значения низкой достоверности ($p > 0,1$).

После анализа медицинских карт был проведен телефонный опрос пациентов, в ходе которого были заданы следующие вопросы:

1) Как долго вы лечились в поликлинике после выписки из больницы?

2) Как долго болела рана? Приходилось ли пить анальгезирующие препараты?

3) Появлялась ли грыжа снова (опрос проведен по прошествии двух лет после операции по поводу грыжи)?

Результаты опроса: быстрота восстановления трудоспособности у трудящихся мужчин определена по длительности больничного листа, а у неработающих – по длительности пребывания на амбулаторном лечении в поликлинике по месту жительства. Различие между двумя методами в группе 20-40 лет 43,7%, в группе 40-60 лет 38,3% ($U = 29,5$; $p < 0,05$).

В группе оперированных по ТЭП методике синдрома хронической боли в период восстановления работоспособности у опрошенных не выявлено. В группе оперированных по Лихтенштейну в период восстановления работоспособности синдром хронической боли был отмечен у 18 пациентов, который продолжался, в среднем, 16,8 дней ($p > 0,1$). Ни в одной из опрошенных групп рецидива грыжи не выявлено ($p < 0,05$).

Выводы. Операция по Лихтенштейну является менее продолжительной по времени, чем операция ТЭП (на 29%), что может иметь значение при лечении пациентов с сопутствующей патологией. После операции ТЭП

нахождение пациента в стационаре короче, чем при операции по Лихтенштейну (на 33,3%), что важно для профилактики распространения внутрибольничных инфекций и более экономично. Скорость восстановления трудоспособности выше после метода ТЭП (на 43,7%). Болевой синдром в отдаленном послеоперационном периоде, чаще наблюдался у пациентов, оперированных по методу Лихтенштейна, чем у пациентов, оперированных по методу ТЭП (на 34%), что оказывает существенное влияние на качество жизни пациента.

Литература.

1. Послеоперационные осложнения приобретенных вправимых первичных паховых грыж / Н. Николаев, С. Алексеев, Н. Бовтюк, А. Безводицкая. // В помощь практикующему врачу. – 2017. – № 2. – С. 157-160.

2. Современное состояние вопроса о методах хирургического лечения грыж передней брюшной стенки / Ю. Винник, С. Петрушко, Ю. Назарьянц, В. Сечко. // Современные проблемы науки и образования. – 2013. – № 1. – С. 32-34.

3. Профилактика рецидивов грыж у пациентов с послеоперационными срединными вправимыми грыжами живота средних размеров / С. А. Скоробогатов, Г. В. Полубкова, Е. Ф. Чередников [и др.] // Профилактическая медицина. – 2021. – Т. 24. – № 5-2. – С. 80. – EDN YJDBPO.

4. Клинический случай ущемления червеобразного отростка в рецидивной косой паховой грыже (грыжа Амианда) / С. В. Тарасенко, А. А. Натальский, В. Б. Афтаев [и др.] // Хирургическая практика. – 2017. – № 1. – С. 19-21. – EDN ZDPICV.

5. Конотопцева, А. Н. Ультразвуковая диагностика субклинических форм паховой грыжи на противоположной от односторонней грыжи стороне у детей / А. Н. Конотопцева, В. Н. Стальмахович, В. П. Ильин // Бюллетень Восточно-Сибирского научного центра Сибирского отделения Российской академии медицинских наук. – 2005. – № 5(43). – С. 191-197. – EDN KZZLZX.

МУКОЦЕЛЕ ЧЕРВЕОБРАЗНОГО ОТРОСТКА (АНАЛИЗ ЛИТЕРАТУРЫ И СОБСТВЕННОЕ КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ)

MUCOCELE OF THE VERMIFORM PROCESS (LITERATURE ANALYSIS AND OWN CLINICAL OBSERVATION)

Бондарев Г.А.

Доктор медицинских наук

Bondarev G.A.

Doctor of Medical Sciences

Николаев С.А.

Nikolaev S.A.

Курский государственный медицинский
университет

Kursk State Medical University

E-mail: bondarevga@kursksmu.net

Резюме

Проведен анализ литературы, свидетельствующий о редкости и недостаточной изученности этиологии и патогенеза мукоцеле червеобразного отростка, разнообразии и неспецифичности клинической картины, необходимости радикального хирургического лечения (аппендэктомия) в связи с возможностью осложнений: инвагинация кишечника, кровотечение, перфорация, разрыв, перитонит и псевдомиксома брюшины. Приведено собственное клиническое наблюдение мукоцеле червеобразного отростка у мужчины 40 лет. Ведущими жалобами были неустойчивость стула, снижение массы тела, при этом болевой абдоминальный синдром был аморфным. Проведенное дважды в течение 6 мес. ультразвуковое исследование в поликлинике по месту жительства не обнаружило патологию в брюшной полости. Проводившееся в течение полугода амбулаторное лечение терапевтом и гастроэнтерологом было неэффективным. Диагноз был поставлен в Курской областной многопрофильной клинической больнице на основании ультрасонографии и магнитно-резонансной томографии. Выполнена стандартная аппендэктомия, при этом был удален червеобразный отросток размерами 15 x 5 см (мукоцеле), из-за своих размеров аппендикс с трудом был выведен в рану. При морфологическом исследовании удаленного аппендикса диагноз мукоцеле был подтвержден. После проведенного лечения пациент полностью выздоровел, жалоб нет, стул нормализовался, за 3 месяца прибавил в весе более 5 кг. Анализ данных литературы и приведенный клинический случай иллюстрируют вариативность клинической симптоматики мукоцеле червеобразного отростка, ведущую роль лучевых методов, оператор – зависимость ультрасонографии, улучшение качества жизни после радикального хирургического лечения.

Ключевые слова: червеобразный отросток, мукоцеле, неспецифичность клинической картины, лучевые методы диагностики, аппендэктомия, качество жизни.

Summary

The analysis of the literature testifying to the rarity and insufficient knowledge of the etiology and pathogenesis of the vermiform mucocoele, the diversity and non-specificity of the clinical picture, the necessity of radical surgical treatment (appendectomy) due to the possibility of complications: intestinal intussusception, bleeding, perforation, rupture, peritonitis and pseudomyxoma of the peritoneum. Own clinical observation of the mucocoele of the vermiform process in a 40-year-old man is given. The leading complaints were instability of the chair, weight loss and abdominal pain syndrome was amorphous. Ultrasound examination conducted twice within 6 months at the polyclinic at the place of residence did not reveal pathology in the abdominal cavity. The outpatient treatment carried out for six months by a therapist and a gastroenterologist was ineffective. The diagnosis was made in the Kursk Regional Multidisciplinary Clinical Hospital on the basis of ultrasonography and magnetic resonance imaging. A standard appendectomy was performed, while a worm-like process measuring 15 x 5 cm (mucocoele) was removed, because of its size, the appendix was hardly removed into the wound. During morphological examination of the removed appendix, the diagnosis of mucocoele was confirmed. After the treatment, the patient has fully recovered, there are no complaints, the stool has normalized, in 3 months he has gained more than 5 kg in weight. The analysis of the literature data and the given clinical case illustrate the variability of the clinical symptoms of the mucocoele of the appendix, the leading role of radiation methods, operator dependence of ultrasonography, improvement of the quality of life after radical surgical treatment.

Key words: vermiform appendix, mucocoele, nonspecific clinical picture, radiation diagnostic methods, appendectomy, quality of life.

Библиографическая ссылка на статью

Бондарев Г.А., Николаев С.А. Мукоцеле червеобразного отростка (анализ литературы и собственное клиническое наблюдение) // Innova. - 2022. - № 3 (28). - С.39-44.

References to the article

Bondarev G.A., Nikolaev S.A. Mucocoele of the appendix (literature analysis and own clinical observation) // Innova. - 2022. - No. 3 (28). - P.39-44.

DOI:

Введение. Мукоцеле червеобразного отростка (МЧО) – это псевдоопухоль, которая

развивается в результате растяжения просвета червеобразного отростка, вызванного аномальным накоплением слизистого содержимого (муцина) в просвете аппендикса.

Патогенез МЧО до настоящего времени является достаточно малоизученным вопросом. Считают, что есть 3 фактора, приводящих к развитию мукоцеле: прогрессирующая обструкция естественного отверстия ЧО, асептическое содержимое аппендикса, а также постоянное продуцирование слизи. Потенциальными причинами развития проксимальной окклюзии ЧО, приводящей к развитию мукоцеле, отмечают: эпителиальную или слизистую гиперплазию, поствоспалительный фиброз, цистаденому, цистаденокарциному, карциноид, эндометриоз и аномалии развития, такие как окклюзионные мембраны [1].

Мукоцеле аппендикса, в соответствии с результатами исследований ряда авторов, встречается в 0,2–0,7% от всех аппендэктомий и в 8% от всех опухолей червеобразного отростка (ЧО). В соответствии с мнением большей части авторов, данное заболевание в 4–7 раз чаще встречается у женщин, причем в литературе описана ее ассоциация с эндометриозом, а средним возрастом для пациентов, у которых выявлено МЧО, считается 55 лет [2].

По морфологии принято выделять следующие типы МЧО:

1) простое мукоцеле или ретенционная киста, характеризуется дегенеративными эпителиальными изменениями, которые возникают из-за окклюзии естественного отверстия ЧО;

2) ограниченная или диффузная гиперплазия – гиперплазия слизистой оболочки без клеточной атипии;

3) муцинозная цистаденома, которая представляет собой местный или диффузный процесс неоплазии эпителия слизистой оболочки;

4) муцинозная цистаденокарцинома, характеризуется опухолевыми преобразованиями эпителия, которые схожи с аденокарциномой толстой кишки [3].

По частоте встречаемости:

- 1) муцинозная гиперплазия — 5–25%;
- 2) цистаденокарцинома – 11–20%;
- 3) муцинозная цистаденома – 63–84% [4].

По размеру:

- 1) малые слизистые кисты – диаметром до 3 см;
- 2) средние мукоцеле – от 3,1 до 6 см;
- 3) большие мукоцеле – от 6,1 до 9 см;
- 4) гигантские мукоцеле – свыше 9 см [5].

По форме:

- 1) шаровидная,
- 2) яйцевидная или овоидная,
- 3) грушевидная,
- 4) колбасовидная.

По количеству:

- 1) единичные
- 2) множественные [6].

Также выделяют еще один тип МЧО, который не вошел в перечисленные классификации, это *миксоглобулез*. Данный тип мукоцеле аппендикса является чрезвычайно редким вариантом МЧО, его частота встречаемости варьирует от 0,35 до 0,8% от всех мукоцеле. Данный вариант мукоцеле аппендикса характеризуется преобразованием муцина в полупрозрачные зерна или перламутровые сфероиды, диаметр колеблется от 1 до 10 мм, возможна их поверхностная кальцификация [7].

Клиническая картина МЧО неспецифична. Зачастую пациенты предъявляют жалобы на боль в правой подвздошной области, реже наличие пальпируемого образования. Боль носит острый или хронический характер. Тошнота, рвота, а также диарея или запор – довольно распространенные жалобы при данной патологии. В 10% случаев отмечается снижение массы тела [8].

К осложнениям МЧО относят инвагинацию, кровотечение, перфорацию, перитонит, разрыв и псевдомиксому брюшины.

В соответствии с данными зарубежных и отечественных исследователей, до 20% случаев МЧО сочетается с раком ободочной кишки, а в 4–24% случаев – с раком яичников, желчного пузыря, щитовидной и молочной желез. В соответствии с этим данными, пациенты, страдающие МЧО, подлежат строгому наблюдению [9].

Основными методами диагностики МЧО являются неинвазивные лучевые методы исследования.

В поиске МЧО при рентгенологическом исследовании пользуются диагностической триадой признаков, предложенной в 1963 году шведским рентгенологом А. Akerlund: 1) наличие опухоли, пальпируемой в правой подвздошной области, 2) вдавление контура слепой кишки в проекции основания ЧО с четкими границами, 3) отсутствие заполнения аппендикса взвесью бария во время ирригоскопии или ирригографии. В редких случаях может встречаться еще один рентгенологический признак МЧО, который выявляется при оксификации стенки, именуемый, как фарфоровый аппендикс [10].

При исследовании органов брюшной

полости и малого таза с помощью УЗИ мукоцеле аппендикса визуализируется, как кистозное образование овальной или грушевидной формы, которое прилежит к слепой кишке. Эхосигнал зависит от консистенции муцинозного компонента, а появление концентрических эхогенных слоев с септами считают специфическим признаком [11]. Увеличение просвета ЧО на 15 мм и более указывает на мукоцеле аппендикса с чувствительностью 83% и специфичностью 92%.

Информативным методом в установлении диагноза мукоцеле является магнитно-резонансная томография (МРТ). При МРТ МЧО выглядит как кистовидное образование низкой или средней интенсивности сигнала на T1-взвешенных изображениях и высокой интенсивности сигнала на T2-взвешенных изображениях [12].

Специфичность компьютерной томографии (КТ) составляет 93–95%. Типичным для КТ исследования признаком является наличие округлого или овального кистовидного образования в правой подвздошной области с тонкими стенками, которое прилежит к слепой кишке. Одним из специфических признаков считают наличие очагов кальцификации в стенке ЧО, при этом наблюдается типичный симптом – «фарфоровый» аппендикс, но этот признак выявляется лишь в 50% случаев [13]. Диаметр аппендикса 13 мм и более также является важным КТ-признаком, чувствительность которого составляет 71%, специфичность – 95% [14].

Таким образом, литературные данные свидетельствуют о редкости МЧО, недостаточной изученности этиопатогенеза, вариабельности его клинической картины, разнообразии морфологических форм, риске развития различных осложнений, необходимости радикального хирургического лечения при его обнаружении. Поэтому даже отдельные клинические наблюдения представляют определенный научный и практический интерес.

Цель исследования – анализ клинического случая затруднённой диагностики МЧО.

Пациент Т., 1982 года рождения (40 лет), житель г. Курска поступил в хирургическое

отделение ОБУЗ «Курская областная многопрофильная клиническая больница» (КОМКБ) 18 июля 2022 года (история болезни № 18212) с жалобами на периодически появляющиеся ноющие боли, чувство тяжести в правой подвздошной области, склонность к послаблению стула (2 – 3 раза в сутки) без патологических примесей в кале, снижение веса тела на 8 кг.

Считает себя больным около 6 мес., когда появились описанные выше жалобы. Периодически обращался в поликлинику по месту жительства, проходил амбулаторно обследование (дважды выполнялось ультразвуковое исследование (УЗИ) органов брюшной полости, патологии не было обнаружено) и получал лечение у гастроэнтеролога без эффекта.

В начале июля 2022 года обратился к гастроэнтерологу областной консультативной поликлиники, при повторном УЗИ органов брюшной полости в КОМКБ (04.07.22) обнаружено следующее. Ретроцекально лоцируется гипоехогенное образование размерами 113 x 40 мм с неоднородной структурой, чёткими ровными контурами (червеобразный отросток). Перифокальной инфильтрации нет. Лимфоузлы брыжейки кишечника не лоцируются. В желчном пузыре имеется одиночный холестериновый полип диаметром 5 мм.

Заключение: мукоцеле аппендикса.

При магнитно-резонансной томографии (МРТ) в ООО «Медассист» 05.07.22 года этот диагноз был подтверждён. В протоколе исследования описано, что ЧО размерами 10,8 x 4,6 x 4,6 см имеет восходящее положение, локализуется ретроцекально. Верхушка отростка расположена у нижнего полюса правой почки и на 1,5 см не достигает нижнего контура правой доли печени. Содержимое аппендикса серозное. Отросток смещает слепую и восходящую ободочную кишку медиально к umbиликальной области, без признаков воспаления и изменений стенки кишок и перифокальной клетчатки, без актуальной лимфаденопатии брыжеечных лимфоузлов (рис. 1):



Рис. 1. МРТ органов брюшной полости больного Т. Мукоцеле червеобразного отростка (показано стрелками) а) аксиальная плоскость; реконструкции во фронтальной (б) и сагиттальной (в) плоскостях.

Анамнез жизни – без существенных особенностей. Перенесенных заболеваний, хирургических операций не было.

При поступлении в стационар состояние удовлетворительное. Гипостенического телосложения. Рост 180 см, масса тела – 67 кг. Гемодинамические показатели в норме. Язык влажный, слегка обложен белым налётом. Живот не вздут, симметричный, активно участвует в акте дыхания, мягкий, при пальпации незначительно болезненный в правой подвздошной области, где нечётко пальпируется инфильтрат размерами около 15 x 6 см, мягко-эластической консистенции.

ЭКГ, флюорография лёгких – без патологии. В анализах крови, мочи патологии нет. Для дифференциальной диагностики и

исключения патологии толстой кишки 21.07.22 выполнена фиброколоноскопия, заключение: хронический колит, нормокинетический вариант.

22.07.22 выполнена операция: лапаротомия типичным доступом по Волковичу – Дьяконову. В брюшной полости несколько миллилитров серозной жидкости. Купол слепой кишки оттеснён медиально, без признаков тифлита. Латеральнее, в правой подвздошной ямке расположен червеобразный отросток, частично забрюшинно, размерами 15 x 5 см, умеренно напряжённый. Брюшина его обычного цвета. Отросток с трудом (из-за его размеров) «вывихнут» в рану (рис. 2), выполнена типичная антеградная аппендэктомия. Дренаж в малый таз через контрапертуру. Рана послойно ушита.



Рис. 2. Интраоперационная картина. Мукоцеле червеобразного отростка.

Послеоперационный период протекал без особенностей. Дренаж удалён на 2-е сутки. Выписан через 3 сут. в удовлетворительном состоянии.

Был осмотрен в августе и сентябре текущего года. Пациент чувствует себя хорошо, жалоб нет. Функции кишечника нормализовались. Прибавил в весе более 5 кг.

При гистологическом исследовании удалённого органа (биопсия № 17016/2022) были

обнаружены следующие морфологические изменения. Стенка червеобразного отростка местами истончена, местами диффузно утолщена за счёт разрастания фиброзной ткани. В стенке определяется диффузно-очаговая лимфоидная инфильтрация, представленная преимущественно зрелыми лимфоцитами, формирующими немногочисленные лимфоидные симпласты (рис. 3).

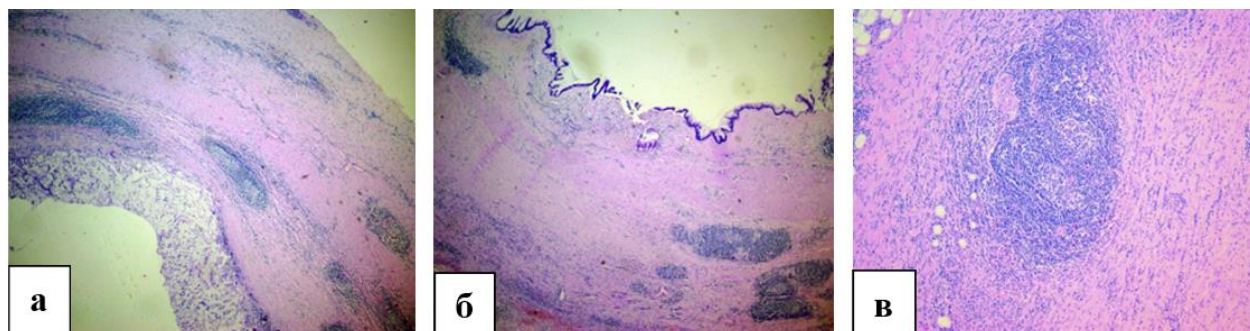


Рис. 3. Гистология удалённого червеобразного отростка больного Т. а) гиперплазия слизеобразующего эпителия с гиперпродукцией муцина; б) формирование множественных лимфоидных фолликулов; в) крупный лимфоидный фолликул. Окраска - гематоксилин-эозин.

Заключение. Анализ данных литературы и приведенный клинический случай иллюстрируют редкость данной патологии, вариабельность клинической симптоматики МЧО, ведущую роль неинвазивных лучевых методов диагностики (в данном случае – УЗИ, МРТ), оператор – зависимость ультрасонографии, необходимость проведения дифференциальной диагностики при обнаружении МЧО, необходимость аппендэктомии при обнаружении этого заболевания для профилактики возможной малигнизации мукоцеле, улучшение качества жизни после радикального хирургического лечения.

Литература.

1. Юдин А.Л., Щетинин Р.А. Мукоцеле червеобразного отростка. Обзор литературы и описание собственного клинического наблюдения. Медицинская визуализация, 2015. – № 4. – С. 68-78.
2. Ветшев Ф.П., Осминин С.В., Чесарев А.А., Лернер Ю.В., Пузаков К.Б., Петухова Н.В., Дергунова А.П. Лапароскопическая аппендэктомия при муцинозной цистаденоме червеобразного отростка // Хирургия, 2019. – № 4. – С. 61 - 65.
3. Лубашев Я.А., Курлович М.В., Буковская Ю.В. Мукоцеле аппендикса-редкая патология, о которой нужно помнить: обзор литературы и собственное клиническое наблюдение // Радиология-практика, 2013. – Т. 6.

– С. 51 - 59.

4. Nouri K., Demmel M., Ott J., Promberger R., Huber J. C., Mayerhofer K.

Villous mucinous cystadenoma of the appendix in a postmenopausal woman // JSLS: Journal of the Society of Laparoendoscopic Surgeons, 2010. – Т. 14. – № 2. – С. 296.

5. Имнаишвили Б.Е., Коркелия А.А., Джвбенава А.Г. Гигантское мукоцеле червеобразного отростка // Хирургия, 1973. – Т. 1. – С. 133 - 138.

6. Слабкова Е.Н. Случаи редких заболеваний червеобразного отростка // Региональный вестник Востока. Экология и медицина в Восточном регионе, 2010. – Т. 3. – С. 96 - 99.

7. Padhy B.P., Panda S.K. Myxoglobulosis of appendix a rare entity // Indian Journal of Surgery, 2013. – Т. 75. – № 1. – С. 337 - 339.

8. Khan M.R., Ahmed R., Saleem T. Intracacies in the surgical management of appendiceal mucinous cystadenoma: a case report and review of the literature // Journal of medical case reports, 2010. – Т. 4. – № 1. – С. 1 - 4.

9. Мишин И., Данч А. Мукоцеле червеобразного отростка // Новости хирургии, 2012. – Т. 20. – № 3. – С. 125 - 127.

10. Narchal S., Patil S.B., Paricharak M. et al. Appendiceal Mucocele: A Masquerade // IJHSR, 2013. – Т. 3. – № 3. – С. 68 - 71.

11. Caspi B., Cassif E., Auslender R., Herman A., Hagay Z., Appelman Z. The onion skin sign: a specific sonographic marker of appendiceal mucocoele // Journal of Ultrasound in Medicine, 2004. – Т. 23. – № 1. – С. 117 - 121.

12. Tsuda M, Yamashita Y, Azuma S, Akamatsu T, Seta T, Urai S., Uenoyama Y., Deguchi Y., Ono K., Chiba T. Mucocoele of the appendix due to endometriosis: A rare case report. World J Gastroenterol 2013. – т. 19. - № 30 – С. 5021-5024.

13. Щёголев А.И., Кармазановский Г.Г., Степанова Ю.А., Пугачёва О.Г., Сидорова Е.Е. Мукоцеле аппендикса. Обзор литературы и описание собственного клинического наблюдения // Медицинская визуализация, 2008. – № 1. – С. 72 - 76.

14. Sridhar M., Narayanaswamy C.Y.V., Bagalibaba S. Peculiar case of mucocoele of appendiceal tip // Journal of Clinical and Diagnostic Research: JCDR, 2013. – Т. 7. – № 9. – С. 2017.

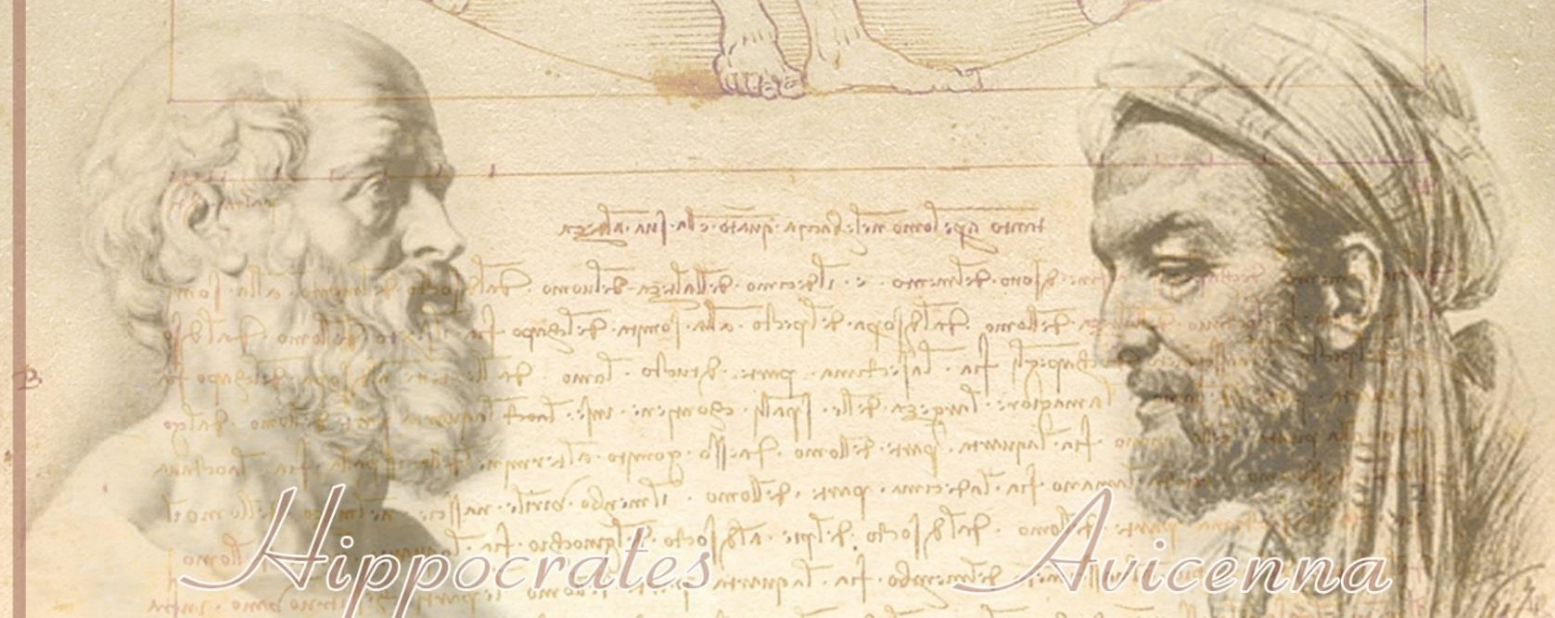


КУРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ

ул. К. Маркса, 3, г. Курск 305041 Тел.: (4712) 58-81-32; факс.: (4712) 56-73-99; 58-81-37

Интернет-адрес: www.kurskmed.com Электронная почта kurskmed@mail.ru

Медицина – дело на все времена!



Малое инновационное
предприятие при Курском
государственном медицинском
университете ООО
«МедТестИнфо» приглашает
принять участие в мероприятиях,
присоединиться к проектам в
области медицины и фармации,
высшего образования, а также
опубликовать результаты
исследований на страницах
сборников конференций и
научных журналов!



ИННОВАЦИИ В МЕДИЦИНЕ, ФАРМАЦИИ, БИОТЕХНОЛОГИИ И ВЫСШЕМ ОБРАЗОВАНИИ



Цены | Мы в соцсетях | Наши партнеры | Контакты | Реквизиты

Главное меню

Главная
О нас
Документы
Вакансии

Сферы деятельности

Исследования
Конференции
Издательство
Проекты
Обучение
Программы
Лечение

Главная

Последние новости

- [\[АВСТРИЯ\] ЦЕНТР «АСПАХ РЕВИТАЛ» И ЛЕЧЕБНО-ОЗДОРОВИТЕЛЬНЫЙ ОТЕЛЬ «ВИЛЛА ВИТАЛИС»](#)
- [\[АВСТРИЯ\] МЕДИЦИНСКИЙ ХОЛДИНГ SANLAS КЛИНИКА ЛЕЕХ](#)
- [\[АВСТРИЯ\] ARMONA MEDICAL ALPIN RESORT](#)
- [\[АВСТРИЯ\] КЛИНИКИ КОМПАНИИ «PREMIQAMED»](#)
- [\[ГЕРМАНИЯ\] ЦЕНТР ПО ЛЕЧЕНИЮ БЕСПЛОДИЯ КИНДКРВУНШ ЦЕНТРУМ МЮНХЕНА](#)

Популярное

- [Прейскурант цен](#)
- [МОЛОДЕЖНАЯ НАУКА И СОВРЕМЕННОСТЬ](#)
- [Медицинские импланты](#)
- [МедТестИнфо и КГМУ приглашают представителей бизнеса к сотрудничеству](#)
- [X Юбилейная Международная научно-практическая конференция молодых ученых-медиков](#)

Официальный сайт малого инновационного предприятия при Курском государственном медицинском университете

<http://medtestinfo.ru/>