



ПЕРВЫЙ СЪЕЗД ХИРУРГОВ ДАЛЬНЕВОСТОЧНОГО ФЕДЕРАЛЬНОГО ОКРУГА

СОВМЕСТНО С

НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОЙ КОНФЕРЕНЦИЕЙ,
ПОСВЯЩЕННОЙ 145-ЛЕТИЮ
ВОЕННО-МОРСКОГО КЛИНИЧЕСКОГО
ГОСПИТАЛЯ ТИХООКЕАНСКОГО ФЛОТА

ТЕЗИСЫ

г. ВЛАДИВОСТОК, 13-15 СЕНТЯБРЯ 2017 г.

1. Эзофагогастродуоденоскопия в дифференциальной диагностике острого панкреатита.

Калантаенко В.Ю.

Реутов

ГАУЗ МО Центральная городская клиническая больница г.Реутов

Актуальность. Эзофагогастродуоденоскопия (ЭГДС) является обязательным шагом диагностических алгоритмов многих острых заболеваний гепатобилиарной системы. Одним из наиболее частых показаний к ее проведению является дифференциальная диагностика острого панкреатита и гастродуоденальной язвы. В связи с неуклонным ростом заболеваемости данными болезнями возрастает и количество неотложных ЭГДС. Важна ранняя диагностика острой патологии поджелудочной железы. Цель исследования. Определить возможности ЭГДС в дифференциальной диагностике острого панкреатита. Материалы и методы. За период 2015-2016 гг. ЭГДС выполнена 156 пациентам с подозрением на острый панкреатит, поступивших в ЦГБ. Мужчин было 94, женщин 62. Возраст от 18 до 82 лет. Все пациенты поступили в ургентном порядке. Исследование осуществлялось в течении первого часа пребывания в клинике. Осмотр верхних отделов желудочно-кишечного тракта сопровождался избыточной инсuffляцией воздуха. Следующим обязательным этапом диагностического алгоритма являлась обзорная рентгеноскопия органов брюшной полости. Таким образом, острый панкреатит диагностировали на основании клинического наблюдения, результатов клинико-биохимических и дополнительных методов. Ультразвуковое исследование выполнено у 156 (100%), лапароскопия у 37 (23,7%) больных. Результаты и их обсуждение. Провести полноценный осмотр слизистой пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки (ДПК) удалось у 86 пациентов (55,1%). У остальных 70 (44,9%) исследование было ограничено инсuffляцией воздуха по причине выраженного психомоторного возбуждения обследуемого 14 (9,0%) и наличия значительного количества пищевых масс в просвете желудка 56 (35,9%). В ходе ЭГДС были обнаружены следующие изменения: поверхностный гастрит у 71 (82,6%), дуоденогастральный рефлюкс у 36 (41,9%), эрозивный гастродуоденит у 31 (36,0%), острые гастродуоденальные язвы у 19 (22,1%), хроническая язва ДПК у 10 (11,6%), хроническая язва желудка у 6 (7,0%). Прямые признаки перфоративной гастродуоденальной язвы (визуализация язвенного кратера без дна, недостаточное расправление ДПК из-за быстрой утечки воздуха) удалось обнаружить лишь у 7 (8,1%). При проведении ЭГДС у 21 (13,5%) от общего числа обследованных резко усилилась боль в животе, что являлось косвенным признаком перфорации гастродуоденальной язвы. Следует подчеркнуть, что данное свидетельство абдоминальной катастрофы было выявлено при отсутствии условий визуальной верификации диагноза. Обзорная рентгеноскопия у 28 пациентов зарегистрировала присутствие свободного газа в брюшной полости и, таким образом, подтвердила эндоскопическое заключение. В ходе проводимых диагностических мероприятий диагноз острого панкреатита был установлен у 112 (71,8%) от общего числа больных с подозрением на это заболевание. Проводя ретроспективный анализ удалось выявить ряд особенностей. Так у 52 (46,4%) больных отмечалось пролабирование привратника в просвет желудка, причём у 43 (38,4%) из этого числа пилорический отдел желудка был умеренно спазмирован. Частой находкой при остром панкреатите были множественные поверхностные эрозии желудка и ДПК, выявленные в 39 (34,8%) наблюдениях. Выявлена высокая распространённость дуоденогастрального рефлюкса, обнаруженного у 40 (35,7%) пациентов. Само исследование вызывало улучшение субъективного самочувствия у всех страдающих острым панкреатитом. Вероятно, данный факт объясняется стимуляцией перистальтических движений желудка и кишечника и уменьшением паретических

явлений, усугубляющих тягостное состояние больного. Выводы: 1. ЭГДС высокоинформативный метод дифференциальной диагностики острого панкреатита. 2. Исследование может и должно безотлагательно применяться при поступлении больного с подозрением на острую хирургическую патологию органов гепатодуоденальной зоны. 3. Эндоскопическая картина верхних отделов желудочно-кишечного тракта при остром панкреатите имеет ряд характерных особенностей. 4. ЭГДС с инсуффляцией воздуха облегчает состояние больного, уменьшая явления пареза желудка и кишечника.

2.Рентгенэндоваскулярные методы лечения синдрома диабетической стопы

Галимов О.В.,Ишметов В.Ш.,Ибрагимов Т.Р.,Окряян В.П.,Завъялов К.И.

Уфа

ФГБОУ ВО «Башкирский государственный медицинский университет» МЗ РФ Кафедра Хирургических болезней и новых технологий с курсом ИПО

Нами проведен анализ результатов лечения 201 больных с нейроишемической формой синдрома диабетической стопы(СДС). Возраст больных составлял от 40 до 75 лет, в среднем $61,5 \pm 11,4$ лет, женщин было – 43 (21,4%), мужчин – 158 (78,6%). Все больные были распределены на две группы. Основную группу составили 69 больных, у которых использовался комплекс разработанных лечебных мероприятий. В контрольную группу включили ретроспективный анализ лечения 132 пациентов, которым проводилась стандартное лечение, применяемое в общехирургических отделениях. Сравнимые группы были сопоставимы по полу и возрасту. Большинство больных, вошедших в исследование, имели поражение других сосудистых бассейнов, так 63 (89,8%) пациента страдали гипертонической болезнью, 47 (66,6%) ишемической болезнью сердца, у 22 (30,4%) отмечены признаки цереброваскулярных заболеваний, а 7(8,7%) ранее перенесли ОНМК. Показаниями для баллонной ангиопластики и стентирования ПБА считали стенозы 60 % и более. В 2(2,9%) случаях – стеноза 80% и более имплантации стента предшествовала баллонная ангиопластика стеноза или окклюзии-предилатация. Прямое стентирование без предшествующей ангиопластики выполнено в 7(10,1%) случаях. Чаще всего использовался бедренный доступ 63(91,4%) при локализации окклюзии в среднем и дистальном сегментах ПБА антеградный доступ использовался у 5(7,2%), в проксимальном –чресподколенный1(1,4%).При выполнении эндоваскулярных вмешательств на ПА антеградный доступ использовался в 5(7,2%) случаях. При стенотическом поражении подколенной артерии 13(18,8%), когда диаметр просвета уменьшался до 90 %, ангиографический проводник 0,018" или 0,014" устанавливали за зону стеноза, после чего выполняли баллонную ангиопластику 13(18,8%). У 8(11,6%) пациентов ЧТБА была дополнена выполнением стентирования и в 1 (1,4%) выполнено прямое стентирование. При клинической оценке течения раневого процесса после реваскуляризации у всех больных отмечена положительная динамика (нормализация цвета кожных покровов, потепление стопы, купирование перифокального воспаления, появление четкой линии демаркации). Положительная динамика течения раневого процесса в раннем послеоперационном периоде сопровождалась повышением T_{spO_2} до значений 35- 40 мм рт.ст. Послеоперационные осложнения после реваскуляризирующих операций в виде кровотечений из места пункции составили 2,9%, послеоперационной

летальности отмечено не было. Технический успех рентгенэндоваскулярных вмешательств достигнут в 52(89,6%) наблюдений, всем больным назначали двойную дезагрегантную терапию (кардиомагнил + клопидогрел) и антикоагулянтную терапию под контролем коагулограммы. Проведенный анализ клинического материала в контрольной группе показал положительные результаты в виде полной эпителизации трофических язв после некрэктомии у 74(56,1%) пациентов. Сроки полной эпителизации на тыльной поверхности стопы составили в основной $39,6 \pm 2,2$ и в контрольной - $53,4 \pm 2,8$ суток. В результате применения в клинической практике предложенного комплекса лечебных мероприятий достигнуто сокращение сроков лечения в стационаре в среднем на $13,8 \pm 2,2$ суток, сокращение количества рецидивов заболевания через полгода с 13,7% до 3,9%, сократить количество ампутаций в течение 2 лет после реваскуляризации на 47,4%, повысить 2-х летнюю выживаемость больных на 35,8%.

3. Новая методика функциональной диагностики патологии кардии, определяющая выбор оперативного вмешательства

Галимов О.В., Ханов В.О., Сайфуллин Р.Р., Сагитдинов Р.Р., Зиангиров Р.А., Галимова Е.С.

Уфа

ФГБОУ ВО «Башкирский государственный медицинский университет» МЗ РФ Кафедра Хирургических болезней и новых технологий с курсом ИПО

В эндохирургии важное значение имеет точное определение размера анатомических структур, что позволяет верно подбирать необходимые размеры инструментов, протезирующих материалов, выбирать дальнейшую тактику оперативного вмешательства. При грыжах пищеводного отверстия диафрагмы существует несколько методов оперативного лечения, и при выборе необходимого важным аспектом является степень расширения пищеводного отверстия. Прототипом способа ультразвуковой баллонографии является способ тракционной рентгенбаллонографии [Авторское свидетельство №1739864, 1992 г.], заключающийся во введении в желудок зонда, снабженного рентгеноконтрастной оливой и раздувным баллончиком на конце. Основными недостатками данного метода являются наличие ионизирующего излучения и использование контрастных веществ. Это ограничивает использование данного метода в динамическом наблюдении и послеоперационном контроле. На этапе диагностики, а также в пред- и послеоперационном периодах возникает необходимость проведения повторных рентгенбаллонографий, что увеличивает лучевую нагрузку. Кроме этого статичность изображения, недостаточная визуализация рентгеновского снимка, а также невозможность проведения данного метода у постели пациента или же на операционном столе в силу опасности лучевого излучения для окружающих и медицинского персонала являются недостатками методики. К тому же не все лечебные учреждения имеют в оснащении портативные рентгеновские аппараты. Предлагаемый способ ультразвуковой баллонографии осуществляется следующим образом. Пациенту натошак в желудок вводят зонд длиной 90 см, диаметром 6 мм, который выполнен из мягкого прозрачного силиконизированного поливинилхлорида и снабжен раздуваемым баллончиком на рабочем конце. Раздуваемый баллончик выполнен из латекса длиной 15 мм, с помощью разъема луэр-лок соединен с трехходовым Т-образным краником размером 2?2 см,

имеющим три разъема луэр-лок, в одном из которых фиксирован шприц Жане. После раздувания баллончика, с помощью трехходового Т-образного краника обеспечивается прекращение обратного тока воды в шприц. Под контролем ультразвукового исследования желудка осуществляется вытягивание баллончика с помощью динамометра силой 1 кг. В норме размер пищеводного отверстия составляет 2-3 см, что препятствует продвижению зонда, однако при расширении пищеводного отверстия диафрагмы определяется свободное прохождение раздутого баллончика в грудную клетку. При переходе баллончика в грудную клетку диагностируют грыжу пищеводного отверстия диафрагмы. Таким образом, предлагаемый способ ультразвуковой баллонографии имеет ряд преимуществ перед тракционной рентгенбаллонографией, а именно: отсутствие негативного воздействия ионизирующего излучения, отсутствие необходимости использования рентгенконтрастных веществ, проведение исследования в режиме реального времени, возможность многократного проведения данной методики в короткий промежуток времени, выполнение процедуры как в специально отведенных кабинетах УЗИ, так и у постели пациента. Предлагаемый способ ультразвуковой баллонографии и устройство для его осуществления применили в клинике у 37 пациентов с грыжей пищеводного отверстия диафрагмы. При этом у 29 больных диагностировано расширение пищеводного отверстия диафрагмы от 3 до 7,5 см, что позволило подготовиться к предстоящей оперативной коррекции кардии (подготовить необходимых размеров имплант, пластический материал и т.д.). Каких-либо осложнений, связанных с применением способа, не выявлено.

4. Морфологические особенности стенки двенадцатиперстной кишки при ранении

Иштуков Р.Р. (1,2), Пантелеев В.С. (1,2), Нартайлаков М.А. (1,2), Каюмов Ф.А. (1)

Уфа

1) ФГБОУ ВО Башкирский государственный медицинский университет МЗ РФ, кафедры общей хирургии с курсом лучевой диагностики ИДПО и гистологии, 2) ГБУЗ Республиканская клиническая больница им. Г.Г. Куватова

Введение: в клинической практике довольно часто встречаются случаи механического повреждения кишечника, вызванного различного рода факторами. Наружные кишечные свищи — тяжелое осложнение травматических повреждений и заболеваний органов брюшной полости. Они причиняют больному большие физические и психические страдания. Лечение этой патологии занимаются давно, но, несмотря на значительные успехи, летальность данной группы больных остается высокой: от 21,5 до 38,2%. Травматические свищи двенадцатиперстной кишки образуются после проникающих ранений брюшной полости, забрюшинного пространства и закрытой травмы живота. Такая патология встречается в основном в период войн. По данным Л. В. Мельникова, во время Великой Отечественной войны каждое четвертое ранение живота осложнялось кишечными свищами. Процессы формирования свищей огнестрельного происхождения чрезвычайно разнообразны. При ранении забрюшинного отдела кишечной петли с нарушением целостности ее стенки кишечное содержимое сразу начинает истекать в рану. В тех случаях, когда забрюшинная часть стенки кишечной петли ушиблена, свищ формируется постепенно. В участке ушиба ткани образуется гематома, развиваются

сосудистые расстройства, наступает некроз, распад ткани и открывается свищ. Самопроизвольное образование кишечных свищей происходит на стенках кишечных петель, расположенных забрюшинно, и значительно реже на подвижных отделах кишечных петель, имеющих брыжейку. Подобным образом кишечный свищ может формироваться при неполном повреждении стенки кишечной петли. Такая петля отграничивается фибринными наслоениями и прилегающими органами от свободной брюшной полости и развивается межкишечный абсцесс, который либо вскрывается самостоятельно через брюшную стенку, либо его вскрывает хирург, а в дальнейшем образуется кишечный свищ. При ножевых, огнестрельных осколочных и дробовых ранениях, выполняя ревизию органов брюшной полости, хирург не всегда обнаруживает четное число отверстий на кишечной петле, и повреждение противоположной стенки кишки (особенно расположенной забрюшинно) может остаться незамеченным, что в дальнейшем будет причиной возникновения кишечного свища. Наиболее сложными в плане как выявления, так и по исходам являются свищи двенадцатиперстной кишки. При закрытой травме живота не всегда квалифицированно исследуется брюшная полость: упускается ревизия гематом в области кишечных петель и, в частности, задней стенки двенадцатиперстной кишки. При повреждении стенки двенадцатиперстной кишки гематома нагнаивается, развивается флегмона забрюшинного пространства с деструкцией стенки кишки. Дренирующие операции, выполненные при таком тяжелом состоянии больного, как правило, не имеют успеха. При внебрюшинном разрыве двенадцатиперстной кишки нельзя ушивать дефект в ее стенке без дренирования забрюшинного пространства, поскольку при этом наступает несостоятельность швов с последующей флегмоной забрюшинного пространства, перитонитом и высоким процентом летальных исходов. Цель работы: выявить морфологические изменения при травматическом повреждении стенки двенадцатиперстной кишки. Материалы и методы исследования. Объектами исследования служили 3 кролика. После вскрытия брюшной полости производилось механическое повреждение целостности стенки двенадцатиперстной кишки. Закрытие перфорации двенадцатиперстной кишки производилось путем ушивания двухрядными узловыми швами: первый ряд - рассасывающимся шовным материалом «Викрил» №3, отступая от края 2 мм, без вворачивания серозных оболочек, с интервалом 2-3 мм, второй ряд - синтетическим нерассасывающимся шовным материалом «Капрон» №3, с интервалом 3-4 мм. На 3 сутки животные забивались. Из зоны произведенной операции брали кусочки ткани кишечника размерами 1x1 см. Операции проводились под общим обезболиванием путем введения внутримышечно раствора кетамина 40 мг на кг веса кролика и соблюдением всех правил асептики и антисептики. После гистологической проводки срезы кусочков двенадцатиперстной кишки окрашивались гематоксилин-эозином. Всего изготовлено 55 микропрепаратов. Результаты и обсуждение. В микропрепаратах определяется острое воспаление двенадцатиперстной кишки (острый дуоденит). Верхушки ворсинок двенадцатиперстной кишки с ярко выраженной дистрофией и десквамацией эпителиального слоя слизистой оболочки. Соединительнотканная основа ворсинок полнокровны. В непосредственной близости от нанесенной травмы нами впервые удалось обнаружить ворсинки с необычной конфигурацией. У таких ворсинок однослойный каемчатый эпителий слизистой оболочки сохранен, однако верхушки ворсинок заполнены тканевой жидкостью, образующей колбообразное расширение. В области кишечных желез (крипты) определяются скопления лимфоидных клеток, инфильтрирующие собственный слой слизистой оболочки. Инфильтрация лимфоидной ткани отмечается и в зоне расположения дуоденальных желез кишки. Диффузная инфильтрация определяется и в мышечной оболочке кишки, особенно в соединительнотканых прослойках между мышечными слоями. В подслизистой основе слизистой оболочки кровеносные сосуды полнокровны, выявляется застой кровотока. Воспалительная инфильтрация охватывает не только слизистую и мышечную оболочки кишки, но и серозную, и во всех указанных

оболочках отмечается выраженный периваскулярный отек. Выводы: Следовательно, при механической травме двенадцатиперстной кишки мы наблюдаем защитно-приспособительную реакцию на местное повреждение. При этом можно было обнаружить все фазы воспалительной реакции: фазу альтерации, фазу экссудации (бесклеточного и клеточного), а также фазу пролиферации. В очаге воспаления особенно ярко проявляются изменения микроциркуляторного русла, сопровождаемые экссудацией жидкой части крови в различных тканях кишки. Это результат резкого увеличения проницаемости стенок микрососудов в зоне воспаления. Вследствие гиперемии тканей увеличивается гидростатическое давление в сосудах. Одновременно в очаг воспаления устремляются фибробластические клетки с повышенной пролиферацией, а также выявляются признаки роста кровеносных сосудов (ангиогенез).

5. Новые технологии эндоскопического гемостаза при кровотечениях из верхних отделов пищеварительного тракта

Щеголев А.А. (1), Матушкова О.С. (1,2), Павлычев А.В. (1), Вербовский А.Н. (1,2)

Москва

ГБОУ ВПО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России, Москва (1) ГБУЗ «ГКБ им. Ф.И. Иноземцева ДЗМ», Москва (2)

Актуальность. Гастродуоденальные кровотечения (ГДК) - наиболее распространенная причина госпитализаций и смертности во всем мире, с сохраняющейся высокой летальностью 5-14%. Комбинированная эндоскопическая остановка кровотечений является высокоэффективной, а успех первичного гемостаза варьирует в пределах 85-95%. В последние годы арсенал эндоскопистов пополнился эффективными гемостатическими порошками (Nemospray, EndoClot). Гемостаз достигается за счет локальной активации тромбоцитов и образования устойчивого механического барьера, посредством впитывания жидкой части крови порошком с образованием геля. Основным их преимуществом является, отсутствие необходимости в точном нацеливании на источник кровотечения, охват большой площади поражений, простота выполнения и, наконец, отсутствие прямого контакта с кровоточащей поверхностью. Цель. Оценить эффективность нетоксичного гемостатического порошка, состоящего из рассасывающихся полимерных частиц у больных с ГДК. Материал и методы. Проведен анализ результатов лечения с помощью гемостатической системы EndoClot у 23 пациентов в возрасте 22-81 года с кровотечениями из верхнего отдела пищеварительного тракта. У 2 пациентов кровотечение развилось на фоне распадающихся злокачественных опухолей желудка; у 1 – из язвы гастроэнтероанастомоза, Forrest 1a; у 1 – из острых эрозий на фоне длительного приема алкоголя; у 1 пациента из множественных ангиэктазий желудка (болезнь Ослера-Вебера-Рандю); у 5 – из множественных дефектов слизистой оболочки пищевода на фоне гастроэзофагеальной рефлюксной болезни; 6- кровотечение возникло из язв двенадцатиперстной кишки, J.Forest Ib, в одном случае из которых EndoClot применен во время третьего рецидива кровотечения; у 2 – из язв желудка (J. Forest IIa и IIb); у 3 больных источником кровотечения послужил синдром Меллори-Вейса; у 2 - кровотечение из поверхностных дефектов слизистой оболочки желудка при портальной гипертензивной гастропатии тяжелой степени. Результаты и обсуждение. Из 23 пациентов первичный

гемостаз посредством применения EndoClot достигнут у 21 (91.3%). У 14 пациентов EndoClot использован в качестве монотерапии. В пяти случаях нанесению полисахаридного порошка предшествовала инъекция подслизистого слоя раствором адреналина. В 2 случаях EndoClot нанесен после комбинации инъекции адреналина с клипированием. У 1 пациентки с кровотечением из острой язвы нисходящей ветви двенадцатиперстной кишки перед нанесением порошка выполнена инфильтрация краев язвенного дефекта раствором адреналина и аргоноплазменная коагуляция. Применение EndoClot не принесло успеха, кровотечение остановлено путем наложения 6 эндоскопических клипс фирмы «Olympus». Еще у одной пациентки с продолжающимся струйным кровотечением из язвы гастроэнтероанастомоза не удалось остановить кровотечение путем нанесения гемостатической пудры, последующая инфильтрация краев дефекта раствором адреналина и диатермокоагуляция тоже не принесло успеха, кровотечение остановлено клипированием сосуда клипсами фирмы «Olympus». Два пациента с острой язвой двенадцатиперстной кишки и остановленным кровотечением умерли на 2 и 3 сутки от прогрессирования сопутствующих заболеваний. Отмечен один рецидив кровотечения (4.35%) у больной с эрозивным рефлюкс-эзофагитом. Побочных эффектов не отмечено. Заключение. EndoClot является новым, потенциально эффективным методом достижения эндоскопического гемостаза при желудочно-кишечных кровотечениях, рефрактерных к стандартным эндоскопическим методам и может использоваться как самостоятельный метод, так и как дополнение к другим методам гемостаза. Рандомизированные контролируемые исследования по этой проблеме, как было описано выше, к сожалению, отсутствуют, что делает данную тему открытой и требует проведения дальнейших работ по ее изучению.

6. РЕДКОСТЬ КЛЕБСИЕЛЛЕЗНОЙ ЭТИОЛОГИИ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА У ДЕТЕЙ И ТРУДНОСТИ ЕГО РАСПОЗНАВАНИЯ ПРИ АТИПИЧНОМ РАСПОЛОЖЕНИИ ЧЕРВЕОБРАЗНОГО ОТРОСТКА .

Гисак С.Н., Черных А.В., Вечеркин В.А., Кокорева С.П., Авдеев С.А., Глаголев Н.В. , Склярова Е.А. , Баранов Д.А., Шестаков А.А..

Воронеж

ФГБУ ВО «Воронежский государственный медицинский университет им. Н.Н.Бурденко» МЗРФ, ОБГУЗ ВО ОДКБ №2 г. Воронеж.

РЕДКОСТЬ КЛЕБСИЕЛЛЕЗНОЙ ЭТИОЛОГИИ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА У ДЕТЕЙ И ТРУДНОСТИ ЕГО РАСПОЗНАВАНИЯ ПРИ АТИПИЧНОМ РАСПОЛОЖЕНИИ ЧЕРВЕОБРАЗНОГО ОТРОСТКА . Гисак С.Н., Черных А.В., Вечеркин В.А., Кокорева С.П., Авдеев С.А., Глаголев Н.В. , Склярова Е.А. , Баранов Д.А., Шестаков А.А.. ФГБУ ВО «Воронежский государственный медицинский университет им. Н.Н.Бурденко» МЗРФ, ОБГУЗ ВО ОДКБ №2 г. Воронеж. Цель исследования установить частоту клебсиеллезной этиологии острого аппендицита у детей и особенности его клинического течения при атипичном расположении червеобразного отростка, совершенствовать способы раннего дифференциального диагноза воспаления отростка от кишечной инфекции. Материал и методы: клебсиеллезная этиология аппендицита в стадии гнойного аппендикулярного перитонита выявлена бактериологически лишь у 7(5,9%) этих больных

детей. в целом, за истекшее пятилетие. Всем этим 7 больным детям, в возрасте от 2 лет 3 месяцев до 14 лет, (4 мальчикам, 3 девочкам) выполнен бактериологический посев выпота брюшной полости, подтвердивший интраоперационно диагноз гнойного аппендикулярного перитонита. У всех 7 больных детей, бактериологической культурой роста возбудителей гнойно - перфоративного аппендицита, гнойного перитонита обнаружилась -*Klebsiellae oxytoca*. Она была идентифицирована с применением компьютерной бактериологической диагностики при помощи баканализатора LabSystems iEMS Reader MF с использованием коммерческих микротест-систем, и программы «Микроб-автомат». Определение чувствительности *Klebsiellae oxytoca* к антибиотикам осуществлялось методом серийных разведений и диффузионным методом, который включал 2 модификации – диско- диффузионный и E-тест. Результаты исследования и их обсуждение: гнойный аппендикулярный перитонит клебсиеллезной этиологии был диагностирован у анализируемых 7 детей уже в стадии гангренозно-перфоративного аппендицита, разлитого гнойного воспаления брюшины. Подтвержденный бактериологически возбудитель заболевания - *Klebsiellae oxytoca*, был обнаружен у 4 мальчиков и у 3 девочек. Больные были в возрасте до 4 лет- 3 детей и от 10 до 14 лет – 4 детей. Заболевание было диагностировано уже после 48 -72 часов от начала болезни. Перитонит был местным у 4 детей и разлитым –у 3 других больных, ретроцекальное расположение червеобразного отростка обнаружилось у 4 больных и тазовое -у 3 детей (что установлено интраоперационно). У них, педиатры и хирурги, лечившие этих больных на протяжении 4-5 дней , не прогнозировали развития острого аппендицита по причине выраженной у детей клебсиеллезной диарреи. В целом, причиной отсутствия ожидания острого аппендицита у этих детей явилось то, что клебсиелла у них все еще традиционно известна как возбудитель гастроэнтерита, гастроэнтероколита, энтероколита, энтерита. Лишь в последние годы, условно патогенная клебсиелла (*Klebsiellae oxytoca*), стала известна у детей как экстракишечная инфекция и нами установлена бактериологически как возможный возбудитель клебсиеллезного аппендицита, перитонита. У обсуждаемых 7 детей различного возраста, поздняя диагностика аппендицита в стадии гнойного аппендикулярного перитонита так же была обусловлена не только отсутствием ожидания педиатрами и хирургами острого аппендицита клебсиеллезной этиологии. Все эти трудности диагностики острого аппендицита у детей развивались при атипичном расположении червеобразного отростка и атипичном клиническом течении болезни-диаррейном синдроме. Выводы: Трудности диагностики заболевания у анализируемых 7 детей связаны с атипичным расположением червеобразного отростка (тазовое-4 и ретроцекальное-3), при атипичном течении аутоэнтерогенного клебсиеллезного заболевания- острого аппендицита. Диаррейный синдром и редкое атипичное течение острого аппендицит клебсиеллезной этиологии у ребенка относится к числу трудно дифференциально диагностируемых болезней . У больных детей особенно трудно дифференцировать в случаях причину болезни при сочетании с атипичного расположения аппендикса с диаррейным синдромом. Установлено, что успешность диагностики болезни на ранних стадиях до развития перитонита, обеспечивает детям неотложное применение: УЗИ, диагностической лапароскопии, РКТ, лабораторных компьютерных технологий. Исход лечения всех 7 детей больных острым аппендицитом, осложненным гнойным клебсиеллезным аппендикулярным перитонитом закончился в условиях специализированной детской хирургической клиники - полным выздоровлением. . Гисак С.Н., Черных А.В., Вечеркин В.А., Кокорева С.П., Авдеев С.А., Глаголев Н.В. , Склярова Е.А. , Баранов Д.А., Шестаков А.А.. ФГБУ ВО «Воронежский государственный медицинский университет им. Н.Н.Бурденко» МЗРФ, ОБГУЗ ВО ОДКБ №2 г. Воронеж. Цель исследования установить частоту клебсиеллезной этиологии острого аппендицита у детей и особенности его клинического течения при атипичном расположении червеобразного отростка, совершенствовать способы раннего дифференциального диагноза воспаления отростка от кишечной инфекции. Материал и методы:

клебсиеллезная этиология аппендицита в стадии гнойного аппендикулярного перитонита выявлена бактериологически лишь у 7(5,9%) этих больных детей. в целом, за истекшее пятилетие. Всем этим 7 больным детям, в возрасте от 2 лет 3 месяцев до 14 лет, (4 мальчикам, 3 девочкам) выполнен бактериологический посев выпота брюшной полости, подтвердивший интраоперационно диагноз гнойного аппендикулярного перитонита. У всех 7 больных детей, бактериологической культурой роста возбудителей гнойно - перфоративного аппендицита, гнойного перитонита обнаружилась -Klebsiellae oxytoca. Она была идентифицирована с применением компьютерной бактериологической диагностики при помощи баканализатора Labsystems iEMS Reader MF с использованием коммерческих микротест-систем, и программы «Микроб-автомат». Определение чувствительности Klebsiellae oxytoca к антибиотикам осуществлялось методом серийных разведений и диффузионным методом, который включал 2 модификации – диско-диффузионный и E-тест. Результаты исследования и их обсуждение: гнойный аппендикулярный перитонит клебсиеллезной этиологии был диагностирован у анализируемых 7 детей уже в стадии гангренозно-перфоративного аппендицита, разлитого гнойного воспаления брюшины. Подтвержденный бактериологически возбудитель заболевания - Klebsiellae oxytoca, был обнаружен у 4 мальчиков и у 3 девочек. Больные были в возрасте до 4 лет- 3 детей и от 10 до 14 лет – 4 детей. Заболевание было диагностировано уже после 48 -72 часов от начала болезни. Перитонит был местным у 4 детей и разлитым –у 3 других больных, ретроцекальное расположение червеобразного отростка обнаружилось у 4 больных и тазовое -у 3 детей (что установлено интраоперационно). У них, педиатры и хирурги, лечившие этих больных на протяжении 4-5 дней , не прогнозировали развития острого аппендицита по причине выраженной у детей клебсиеллезной диарреи. В целом, причиной отсутствия ожидания острого аппендицита у этих детей явилось то, что клебсиелла у них все еще традиционно известна как возбудитель гастроэнтерита, гастроэнтероколита, энтероколита, энтерита. Лишь в последние годы, условно патогенная клебсиелла (Klebsiellae oxytoca), стала известна у детей как экстракишечная инфекция и нами установлена бактериологически как возможный возбудитель клебсиеллезного аппендицита, перитонита. У обсуждаемых 7 детей различного возраста, поздняя диагностика аппендицита в стадии гнойного аппендикулярного перитонита так же была обусловлена не только отсутствием ожидания педиатрами и хирургами острого аппендицита клебсиеллезной этиологии. Все эти трудности диагностики острого аппендицита у детей развивались при атипичном расположении червеобразного отростка и атипичном клиническом течении болезни-диаррейном синдроме. Выводы: Трудности диагностики заболевания у анализируемых 7 детей связаны с атипичным расположением червеобразного отростка (тазовое-4 и ретроцекальное-3), при атипичном течении аутоэнтерогенного клебсиеллезного заболевания- острого аппендицита. Диаррейный синдром и редкое атипичное течение острого аппендицит клебсиеллезной этиологии у ребенка относится к числу трудно дифференциально диагностируемых болезней . У больных детей особенно трудно дифференцировать в случаях причину болезни при сочетании с атипичного расположения аппендикса с диаррейным синдромом. Установлено, что успешность диагностики болезни на ранних стадиях до развития перитонита, обеспечивает детям неотложное применение: УЗИ, диагностической лапароскопии, РКТ, лабораторных компьютерных технологий. Исход лечения всех 7 детей больных острым аппендицитом, осложненным гнойным клебсиеллезным аппендикулярным перитонитом закончился в условиях специализированной детской хирургической клиники - полным выздоровлением.

7. Результаты лечения рецидивов язвенных кровотечений

Щеголев А.А. (1), Аль-Сабунчи О.А. (1), Павлычев А.В. (1), Вербовский А.Н. (1,2)

Москва

1) Российский национальный исследовательский медицинский университет им Н.И. Пирогова, 2) Городская клиническая больница им. Ф.И. Иноземцева ДЗМ

Актуальность: Основную долю в структуре летальности при осложненных формах язвенной болезни занимает рецидивирующее язвенное кровотечение. Тактика лечения рецидивов кровотечения из хронических язв желудка и 12-перстной кишки продолжает оставаться предметом оживленных хирургических дискуссий. Материалы и методы: в исследование включены 1530 пациентов с кровотечением из хронических язв желудка и 12-перстной кишки, получавших лечение в соответствии с Национальными клиническими рекомендациями по лечению язвенных гастродуоденальных кровотечений (Воронеж, 2014). Всем пациентам при поступлении выполнялась экстренная ЭГДС; эндоскопическая остановка кровотечения (F1A,B) и профилактика его рецидива (F2A,B) выполнялась с использованием комбинированного эндогемостаза (инфильтрационный метод в сочетании с АПК либо клипированием). Медикаментозный гемостаз включал назначение омепразола в стандартных схемах (болюсно 160 мг внутривенно, далее в течение 3 суток на инфузомате 8 мг/час, затем фракционно) и эрадикационную терапию препаратами первой линии (амоксиклав и кларитромицин). Динамическую ЭГДС выполняли в течение 12-24 часов при неустойчивом эндогемостазе, неполном первичном осмотре, а также при рецидиве кровотечения. Тактика ведения больных с рецидивом геморрагии включала повторный эндогемостаз, эндоваскулярные вмешательства или экстренную операцию и в большинстве случаев определялась эмпирически. Полученные результаты: Общая летальность в группе составила 1,9%, послеоперационная – 15,4%, летальность после консервативного лечения – 1,5%. Хирургическая активность составила 3,4%. Рецидив кровотечения в ранние сроки пребывания больных в стационаре развился у 108 (7,1%) пациентов. Причина развития рецидива у большинства больных была связана с несоблюдением стандартов НКР. Повторный эндоскопический гемостаз был эффективен у 82 пациентов (76%) и потребовал использования других способов эндогемостаза (диатермокоагуляция, EndoClot, Гемоспрей). У остальных 26 пациентов вновь развился рецидив кровотечения; 18 больным была предпринята еще одна попытка эндогемостаза, а 3 пациентам была выполнена трансартериальная эмболизация. В связи с неэффективностью эндоскопического и медикаментозного гемостаза в общей сложности оперировано 17 пациентов, послеоперационная летальность составила 29,4%. Общая летальность в группе больных с рецидивом кровотечения составила 11,1% (умерло 12 больных). Обсуждение и выводы: Таким образом, применение повторного эндоскопического и эндоваскулярного гемостаза при первом рецидиве язвенного кровотечения позволяют у 84% больных избежать хирургического вмешательства. В случае повторных рецидивов кровотечения тактика лечения больных должна определяться индивидуально, однако задержка с выполнением оперативного вмешательства приводит к существенному увеличению летальности.

8. Коррекция поражения печени при эндотоксикозе

Основной причиной смерти больных перитонитом является тяжелая интоксикация, вызванная продолжающимся воспалением брюшины. Чрезвычайно важное место в системе лечебных мероприятий острого перитонита занимает восстановление морфофункционального состояния печени – первого барьерного органа на пути распространения токсинов при перитоните. Целью работы явилось определение роли мембранодестабилизирующих явлений в патогенезе поражения печени при эндотоксикозе; установление эффективности ремаксолотерапии в ее коррекции. Материал и методы. На начальном этапе проведено углубленное изучение морфофункциональных изменений в печени при перитоните в эксперименте. С этой целью в динамике с применением биопсии исследованы клеточные и молекулярные изменения в органе. Производили экстракцию, фракционирование липидов ткани печени, их молекулярный анализ. Исследовали содержание продуктов ПОЛ, активность антиоксидантных энзимов. В клинике у больных перитонитом, в том числе желчным, в динамике по ряду показателей исследовали функциональный статус печени. В основных группах в эксперименте и клинике в терапию включали внутривенные инфузии ремаксола. Результаты. При остром перитоните на фоне традиционной терапии в ткани печени собак возникают существенные расстройства липидного метаболизма. Наблюдался рост доли эфиров холестерина и снижение содержания свободного холестерина. Выявлено значительное уменьшение доли ди- и триацилглицеринов, увеличение содержания свободных жирных кислот. В спектре фосфолипидов также отмечены существенные изменения. Содержание фосфатидилэтаноламина, фосфатидилинозита и фосфатидилсерина достоверно повышалось, а фосфатидилхолина и сфингомиелина – уменьшалось. Особенно выраженные изменения отмечены со стороны лизоформ фосфолипидов: доля лизофосфатидилхолинов повышалась более чем в 4 раза. Содержание продуктов ПОЛ в органе повышалось более чем в 2 раза. Отмечено снижение активности антиоксидантного потенциала. В плазме крови отмечалось резкое повышение индекса токсичности плазмы, снижение эффективной концентрации альбумина, повышение уровня среднемолекулярных пептидов. Следовательно, при перитоните в печени возникали существенные мембраноальтеративные явления, которые, безусловно, определили снижение ее детоксикационной функции. Эти сведения позволили определить, что один из возможных путей повышения уровня функционального состояния органа может реализован через снижение альтеративных влияний на гепатоциты, инициируемых липопероксидацией. Применение ремаксола позволило корригировать функциональное состояние печени. Под влиянием препарата наблюдалось снижение активности свободно-радикальных реакций ПОЛ, повышение антиоксислительной способности, уменьшение активности фосфолипазы А₂. опыты показали, что в печени происходило восстановление качественного и количественного состава липидов. Полученные научно обоснованные данные показали целесообразность включения ремаксола в комплексное лечение перитонита. Такого рода терапия проведена у 25 больных перитонитом. Показано, что при остром перитоните при такой терапии уменьшаются явления эндогенной интоксикации, существенным компонентом которых служит их способность быстро восстанавливать детоксикационную функцию печени. Благотворное действие прослежено в отношении гидрофильных и гидрофобных компонентов эндотоксикоза. Результаты лечения больных улучшились. Разрабатываются оптимальные схемы комплексной терапии больных с учетом степени расстройств гомеостазиса.

9.Видеоассистированная операция при паховой грыже у детей. Как оптимизировать операцию?

Аксельров М.А.(1,2), Столяр А.В.(2), Мальчевский В.А.(1,3)

Тюмень

1) ФГБОУ ВО Тюменский государственный медицинский университет МЗ РФ 2) ГБУЗ ТО Областная клиническая больница №2 3) ФГБУН Тюменский научный центр СО РАН

Введение. Внедрение лапароскопии существенно изменило подход к хирургическому лечению врожденной паховой грыжи у детей. Еще более новым и прогрессивным стало интракорпоральное высокое лигирование внутреннего пахового кольца - видеоассистированная герниорафия. Цель работы: улучшить результаты лечения детей с врожденной паховой грыжей, путем модификации проводника для экстракорпорального проведения лигатуры вокруг внутреннего пахового кольца. Материалы и методы исследования. За период с июня 2012 года по январь 2016 года по методике экстракорпоральной герниорафии прооперировано 369 детей с врожденной паховой грыжей. Возраст детей варьировал от 3 дней до 17 лет. Мальчиков было в 8 раз больше, что связано с этапами миграции яичка в мошонку. У детей подросткового возраста, грыжесечение часто выполнялось и симультивно, при обнаружении не облитерированного влагалищного отростка брюшины во время другой операции. Описание классической операции с использованием дополнительного троакара есть в специальной литературе. Суть нашего метода заключается в следующем. Положение пациента в позиции Тренделенбург с небольшим валиком под тазом для лучшей визуализации пахового кольца. Троакар для оптики заводится по нижней умбиликальной складке открытым методом, либо в случае наличия сопутствующей пупочной грыжи - через дефект апоневроза. Давление газа в брюшной полости до 7-8 мм. рт. ст. После ревизии паховых областей и обнаружении необлитерированного внутреннего пахового кольца под видеоконтролем - на коже передней брюшной стенки определяется его проекция. В этом месте проводится 1-2мм. разрез кожи, через который заводится разработанная нами игла для герниорафии «заправленная» нитью-лассо и основной лигатурой. Игла проводится до преперитонеального положения. Под визуальным контролем она продвигается по медиальной полуокружности внутреннего пахового кольца. У мальчиков обязательным условием является то, что семявыносящий проток и его сосуды должны оказаться ниже иглы. Выкол иглы через брюшину производится на уровне 6 часов условного циферблата. Оптика, как «стопор», помещается в просвет нити-лассо и игла извлекается до преперитонеального положения и сразу же выполняется аналогичный прием по наружной полуокружности пахового кольца. При выколе иглы через брюшину, желательно попасть в то же отверстие, свободный конец основной лигатуры помещается в ранее сформированную петлю. Игла извлекается и при помощи петли, основная нить вытягивается на переднюю брюшную стенку, охватив всю окружность внутреннего пахового кольца. При формировании узла - внутреннее паховое кольцо затягивается. Узел формируется под кожей. Кожа в области пупка и паховой области не ушивается. Результаты и их обсуждение. В своей работе мы сравнили результаты лечения 100 детей с врожденной паховой грыжей которым применили лапароскопический метод предложенный М.В. Шебеньковым (наложение кисетного шва на область внутреннего

пахового кольца) и 369 детей, которым применили экстракорпоральную герниорафию. После обсуждаемых эндоскопических методик дополнительное послеоперационное обезболивание не потребовалось ни одному ребенку. Средняя продолжительность лапароскопической операции с наложением интракорпорального шва (с учетом анестезиологического пособия) составила при односторонней грыже 30 ± 5 минут, и 55 ± 5 минут, при двустороннем заболевании. После данной методики нами зафиксирован рецидив паховой грыжи в 5% наблюдений. Средняя длительность экстракорпоральной герниорафии (с учетом анестезиологического пособия) при односторонней грыже составляет 16 ± 5 минут, при двухсторонней 24 ± 3 минуты. Зафиксировано лишь одно осложнение - водянка оболочек яичка, которая вылечена пункцией, повторное оперативное лечение не потребовалось. Рецидивов при применении данного метода нами не отмечено. Выводы. Применение разработанной нами иглы для проведения лигатуры позволяет оптимизировать методику операции. Данный модифицированный метод экстраперитонеальной паховой герниорафии при врожденной паховой грыже у детей зарекомендовал себя как малоинвазивный, быстрый, дающий отсутствие рецидивов и послеоперационных осложнений и несущий превосходный косметический эффект.

10. Калькулезный холецистит у детей. Новые технологии в помощь хирургам.

Аксельров М.А. (1,2), Кокоталкин А.А. (3), Швецов И.В.(3)

1,2) Тюмень 3) Ноябрьск

1) ФГБОУ ВО Тюменский ГМУ Минздрава России 2) ГБУЗ ТО ОКБ №2 г. Тюмень 3) ГБУЗ ЯНАО «Ноябрьская ЦГБ», г. Ноябрьск

Введение. Желчнокаменная болезнь – многофакторное обменное заболевание гепатобилиарной системы, характеризующееся образованием конкрементов. При неэффективности консервативной терапии показана операция. Золотым стандартом в хирургическом лечении желчнокаменной болезни признана лапароскопия. В настоящее время прогресс достижений в малоинвазивной хирургии связан со стремлением провести операцию менее травматично и с наилучшим косметическим эффектом. Этим требованиям отвечает лапароскопическая хирургия одного доступа SPLS (Single Port Laparoscopic Surgery), которая является естественным продолжением традиционной лапароскопии на пути снижения травмы и уменьшения количества шрамов. Возможны различные варианты установки троакаров: в эпигастральной области, в подреберье, в подвздошных ямках, над лоном, но наиболее часто выбор падает на пупок. В мировой практике данный вид расположения троакаров называют эмбриональный N.O.T.E.S., так как операция проводится через естественное отверстие, которое было в эмбриональном периоде, то есть через пупок. Пупок – это природный рубец, содержащий минимальное количество подкожно-жировой клетчатки, поэтому он является наиболее удобным местом установки троакара. Цель работы: улучшить результаты лечения детей с желчнокаменной болезнью путем внедрения лапароскопической хирургии одного доступа в области пупка. Материалы и методы. За период с 2012 по 2016 г. в условиях ГБУЗ ЯНАО «Ноябрьская ЦГБ» было выполнено 18 плановых оперативных вмешательств по поводу желчнокаменной болезни у детей. Оперативное лечение проводилось по стандартной методике с использованием четырех лапаропортов (группа 2). Всем пациентам операцию

заканчивали дренированием ложа пузыря перфорированной силиконовой трубкой. За аналогичный период времени в детском хирургическом отделении №1, ГБУЗ ТО ОКБ №2, 35 больным с калькулезным холециститом операция по удалению желчного пузыря проведена с применением U-NOTES (umbilical natural orifice transumbilican endoscopic surgery) (группа 1). Для выполнения вмешательства использовали специальный многоразовый порт (X-CONETM Karl Storz), трех чиповую камеру HD и удлиненную оптику. Для работы использовали инструменты 5мм. Для отведения пузыря - изогнутый в виде клюшки зажим. Для десекции применяли прямой крючок с монополярной коагуляцией или прямой биполярный зажим с изогнутыми заостренными браншами или зажим Лига-шу. Холецистэктомия проводилась стандартно с выделением желчного пузыря от шейки, клипированием и пересечением пузырного протока и артерии у 30 детей. У 5 больных, из выраженного воспаления в области ворот потребовалась постановка дополнительного 3мм троакара в правом подреберье (методика моно + 1), причем у 3 из них холецистэктомия проведена от дна. Ложе желчного пузыря дренировали только этим 3 пациентам. Результаты и обсуждение. При «классической» лапароскопической холецистэктомии операция длилась $65\pm 9,25$ минут. Холецистэктомия из одного лапароскопического доступа длилась в среднем $58\pm 6,54$ минут. Болевой синдром пациенты оценивали на 1,3 в стационаре и на 7 сутки дома по разработанной визуальной аналоговой шкале. По результатам опроса болевые ощущения при применении доступа через пупок были значительно меньше во все дни. В послеоперационном периоде болевой синдром требовал обезболивания, у пациентов 2 группы с средним $3\pm 1,25$ суток, а у детей 1 группы лишь в течении $1\pm 1,55$ суток. У одного пациента 2 группы отмечалось желчеистечение длившееся 4 суток, которое прекратилось самостоятельно. У пациентов 1 группы каких либо осложнений в послеоперационном периоде не было. Все пациенты 2 группы выписаны на $7,5\pm 0,25$ сутки, а 1 группы $5,6\pm 0,33$ после операции. Осложнений в послеоперационном периоде не отмечено. Следует отметить, что у 20 детей оперированных через пупок имели сопутствующую пупочную грыжу, которая использовалась для доступа. После операции им выполнялась пластика дефекта. Особо можно отметить легкость извлечения желчного пузыря из брюшной полости через монопорт. Выводы. Не смотря на небольшое число наблюдений можно отметить, что время длительности операции и течение послеоперационного периода при использовании единого лапароскопического доступа через пупок сопоставим и даже имеет преимущества перед классической лапароскопией. А косметический эффект после операций из единого лапароскопического доступа оценен пациентами намного выше, а это ведет к улучшению качества их жизни.

11.Хронология съездов хирургов проводимых дальневосточниками

Яновой В.В.

Благовещенск

ФГБОУ ВО Амурская ГМА Минздрава России

В 2002 году под руководством академика Федорова В.Д. стал функционировать институт главных федеральных хирургов Российской Федерации. Территория регионов Сибири и Дальнего Востока занимает свыше 60% площади России. Она характеризуется общностью

социально-экономических характеристик, организации медицинской помощи и хирургической службы в частности. В Сибирском Федеральном округе значительно больше крупных городов, высших учебных медицинских учреждений и соответственно хирургических клиник, научно-исследовательских учреждений хирургического профиля. Существуют общие проблемы хирургической службы, было решено объединить усилия главных внештатных специалистов – хирургов для совместного их решения. Первый съезд хирургов Сибири и Дальнего Востока состоялся в 2005 году в городе Улан-Удэ. На секции «Сердечно-сосудистой хирургии» заявлен доклад Андреевой О.Б. с соавторами освещающий операции АКШ в условиях искусственного кровообращения. Профессор Раповка В.Г. (г. Владивосток) сообщил о тактике при инфицировании сосудистых протезов. На секции «Раны и раневые инфекции» был представлено сообщение Шимко В.В. (г. Благовещенск) «Лечение гнойных ран» совместное сообщение из г. Читы и г. Владивостока. Авторы Богомоллов Н.Н., Крюкова В.В. и др. Подробно осветить тематику всех докладов не представляется возможным. Важным событием в 2007 году стало проведение II съезда хирургов Сибири и Дальнего Востока в г. Владивостоке. Работали секции «Хирургия нагноительных заболеваний мягких тканей груди, живота», «Хирургия сочетанных повреждений», «Новые технологии в колопроктологии», «Сердечно-сосудистая хирургия», «Детская хирургия». Всего было заявлено 44 доклада от дальневосточников. Третий съезд хирургов ДВФО и СФО прошел в г. Томске в 2009 году. Четвертый съезд хирургов ДВФО и СФО был в г. Якутске в 2012 году. Все эти съезды отличались довольно высоким научным уровнем представленных докладов, ценными для практического здравоохранения. Время покажет значимость нового подхода к проведению высшего форума хирургов ДВФО.

12.Хронология съездов хирургов проводимых дальневосточниками

Яновой В.В.

Благовещенск

ФГБОУ ВО Амурская ГМА Минздрава России

В 2002 году под руководством академика Федорова В.Д. стал функционировать институт главных федеральных хирургов Российской Федерации. Территория регионов Сибири и Дальнего Востока занимает свыше 60% площади России. Она характеризуется общностью социально-экономических характеристик, организации медицинской помощи и хирургической службы в частности. В Сибирском Федеральном округе значительно больше крупных городов, высших учебных медицинских учреждений и соответственно хирургических клиник, научно-исследовательских учреждений хирургического профиля. Существуют общие проблемы хирургической службы, было решено объединить усилия главных внештатных специалистов – хирургов для совместного их решения. Первый съезд хирургов Сибири и Дальнего Востока состоялся в 2005 году в городе Улан-Удэ. На секции «Сердечно-сосудистой хирургии» заявлен доклад Андреевой О.Б. с соавторами освещающий операции АКШ в условиях искусственного кровообращения. Профессор Раповка В.Г. (г. Владивосток) сообщил о тактике при инфицировании сосудистых протезов. На секции «Раны и раневые инфекции» был представлено сообщение Шимко В.В. (г. Благовещенск) «Лечение гнойных ран» совместное сообщение из г. Читы и г.

Владивостока. Авторы Богомолов Н.Н., Крюкова В.В. и др. Подробно осветить тематику всех докладов не представляется возможным. Важным событием в 2007 году стало проведение II съезда хирургов Сибири и Дальнего Востока в г. Владивостоке. Работали секции «Хирургия нагноительных заболеваний мягких тканей груди, живота», «Хирургия сочетанных повреждений», «Новые технологии в колопроктологии», «Сердечно-сосудистая хирургия», «Детская хирургия». Всего было заявлено 44 доклада от дальневосточников. Третий съезд хирургов ДВФО и СФО прошел в г. Томске в 2009 году. Четвертый съезд хирургов ДВФО и СФО был в г. Якутске в 2012 году. Все эти съезды отличались довольно высоким научным уровнем представленных докладов, ценными для практического здравоохранения. Время покажет значимость нового подхода к проведению высшего форума хирургов ДВФО.

13. Комплексное лечение пациентов с синдромом диабетической стопы.

Лящук А.В.(1), Торба А.В.(1), Пронин И.В.(2), Чайка О.О.(1), Нижельский В.Е.(2), Кателенец М.О.(2), Реука В.П.(2), Мирошников Р.М.(2), Кривоносова Т.В.(2).

Луганск, ЛНР.

(1) ГУ ЛНР «Луганский государственный медицинский университет им. Святителя Луки».
(2) ГУ "Луганская республиканская клиническая больница" ЛНР.

Актуальность. Сахарный диабет (СД) является самым распространенным эндокринным заболеванием в мире, от которого страдают 4 - 5% населения. Стопа при СД является органом-мишенью и характеризуется периферической полинейроангиопатией с нарушениями трофики, протекающими на фоне вторичного иммунодефицита. Синдром диабетической стопы (СДС) является не столько последствием диабетической микроангиопатии, сколько самостоятельным и почти специфическим осложнением СД. Среди всех осложнений СД поражения стоп встречаются у 25-80% больных, а у 15% развиваются язвенно-некротические формы, часто приводящие к ампутациям. С СДС связано 40 - 70% всех ампутаций нижних конечностей, число ампутаций варьирует от 7 до 206 на 100000 населения в год. Лечение таких больных требует высоких материальных и трудоемких затрат. Но результаты зачастую не удовлетворяют ни лечащего врача, ни самого пациента. Цель работы. Оценить эффективность результатов лечения больных с СДС. Материалы и методы. В исследование включено 89 человек с язвенно-некротическими осложнениями СДС. Средний возраст составил $57,9 \pm 15,2$. Все больные были обследованы согласно стандартам клинических протоколов. Всем больным проведено ультразвуковое дуплексное ангиосканирование (УЗДА) сосудов нижних конечностей, а при выявлении критической ишемии нижних конечностей (КИНК) выполнялась ангиография нижних конечностей. Локализация: подвздошно - бедренный сегмент - 19 (21,4%), бедренно - подколенный сегмент - 31 (34,8%), артерии голени - 39 (43,8%). Все пациенты были разделены на 2 группы. I группу составило 41 (46,1%) больных без КИНК после выполнения экономной ампутации на стопе по поводу язвенно-некротических процессов, назначалась базисная терапия: противогипоксическая, дезинтоксикационная, антиоксидантная, рациональная антибактериальная терапия, цитопротекторы, приём пентоксифиллина, ?-липоевой кислоты, витаминов группы В, антиконвульсанты, коррекция гипергликемии инсулинами. Местное лечение ран стопы

проводили ежедневными перевязками до 2 - 3 раз в сутки, в зависимости от санации гнойного очага. Во II группу вошло 48 (53,9%) человек с КИНК. I этапом выполнялась восстановительная операция на артериях нижних конечностей. II этапом проводилась экономная ампутация на стопе по поводу осложнений СДС. Кроме базисного лечения назначали курс простагландинов (алпростадил, вазaproстан), сулодексид и ?-липоевой кислоты. Местное лечение: рану стопы лечили с помощью суперабсорбирующих повязок и наружно инсулин. Лечение алпростадилем проводили по 100 мкг в/в капельно медленно на 200 мл физ.раствора 1 раз в день курсом до 10 дней. Сулодексид вводили по 600 ЛЕ в/в капельно на 100 мл в течение 10 дней, с последующим переходом на пероральный приём по 250 ЛЕ 2 раза в сутки. ?-липоевую кислоту вводили по 1200 НР в/в капельно в течение 10 дней, с последующим переходом на пероральную форму приёма по 600 НР. Результаты. У всех пациентов I группы сохранялись боль, чувство тяжести в ногах, отек на стопе до 14-18 суток. Во II группе снижение боли, отёка и чувства тяжести в стопе у 35 человек (72,9%) произошло на 7 сутки, у остальных на 10-12 сутки. Парестезии, зябкость нижних конечностей сохранялись в течении всего периода нахождения больных в стационаре. Количество необходимых повторных некрэтомий в I группе составило в среднем 68,3%. У 9 (22%) пациентов пришлось выполнить ампутацию на уровне в/3 голени. У пациентов II группы повторных некрэтомий и «высоких» ампутаций не было. Выводы. Комплексный подход с воздействием на все основные звенья патогенетической цепи – это обязательное условие для успешного лечения осложнений СДС. Восстановление магистрального кровотока является обязательным в лечении СДС. Применение простагландинов в сочетании с ангиопротекторами, на фоне базисного лечения, уменьшает количество "высоких" ампутаций при язвенно-некротических процессах на фоне СДС.

14.Comparative Analyses between Free and Contained Leakages in Low Anterior Resection for Rectal Cancer: a Two-Tertiary Referral Center Cohort Study

Eun Jung Park, Jeonghyun Kang, Hyuk Hur, Byung Soh Min, Seung Hyuk Baik, Kang Young Lee, Nam Kyu Kim

Seoul, Korea

Division of Colon and Rectal Surgery, Department of Surgery, Yonsei University College of Medicine

Background: Anastomotic leakage can be divided into free and contained leakage. While free leakage is defined as major free perforation of anastomosis with generalized peritonitis, contained leakage is defined as minor leakage with localized peritonitis. However, there is a lack of studies comparing clinical characteristics of these leakage subtypes. The aim of this study is to evaluate anastomotic leakage patterns and clinical characteristics, comparing free leakage and contained leakage after low anterior resection for rectal cancer. Methods: Between January 2005 and December 2012, 2035 patients who underwent low anterior resection for rectal cancer were evaluated retrospectively. Patients were subdivided into a no leakage group (n=1890), free leakage group (n=73), and contained leakage group (n=72). Perioperative outcomes and detailed clinical features of leakage subtypes were compared. Risk factors that affected free and contained leakage were evaluated using multinomial logistic regression. Results: The mean

development time was 4.6 days in the free leakage group, and 23.6 days in the contained leakage group. Free leakage required re-laparotomy in all patients, whereas contained leakage required surgical intervention in 75% of patients. Risk factors for free leakage were smoking, tumor location, and laparoscopic surgery. However, tumor location and preoperative chemoradiotherapy increased the risk for contained leakage. Defunctioning stoma decreased the risk of free leakage. Conclusions: Contained leakage in rectal cancer surgery showed different clinical manifestations and risk factors compared to free leakage. Prevention and treatment of anastomotic leakage must be tailored according to leakage patterns.

15.Future techniques of minimally invasive surgery

Seung Hoon Choi

Seoul, Korea

Division of Pediatric Surgery, Severance Hospital

For the past four decades, patients have increasingly chosen the minimally invasive option for their surgical needs to avoid the morbidity of large incisions, and this generally has led to shorter hospital stays, less pain medication requirements, and earlier return to normal activity levels in adult patients. The advantages of minimally invasive surgery also apply to pediatric patients and especially for those who have undergone ablative pediatric surgical procedures with similar benefits seen in these patients. The first reported use of laparoscopy in pediatric surgery was reported in the 1960s, and diagnostic laparoscopy in this setting has gained widespread acceptance among pediatric surgeons. Over the last two decades, laparoscopic surgical techniques have improved significantly in the adult and pediatric patient populations both by the use of conventional laparoscopy. In children, this has led to a reliably safe and effective approach to the pediatric surgical techniques that require extensive suturing with similar success rates and potential benefits with regard to cosmesis, intraoperative blood loss, postoperative stay, and the length of the overall hospital stay. However, for the pediatric surgery, the limitation of conventional laparoscopic equipment and the steep learning curve associated with its use to only a modest adoption among pediatric surgeons for these type of procedures. The da Vinci Surgical System from Intuitive Surgical(Sunnyvale, CA) has introduced the benefits of intuitive interface, three-dimensional articulation and control that allow for robotic-assisted laparoscopic procedures. The increased precision of and facility with instrumentation offered by robotic assistance and readily seen in pediatric surgical procedures. This has helped to increased the utilization of minimally invasive techniques for pediatric surgical procedures. Laparoscopic surgery is equipment intensive. Adaptations of adult laparoscopic instruments continue to be made for appropriate application and improvement of safety of laparoscopic procedures in infants and children. Instrumentation for open surgery has seen relatively little change over the last few decades. Laparoscopic pediatric surgical procedures has requirement for instruments involves gaining access, visualization, placement of instrument, dissection and hemostasis of target tissue, extraction of specimens and wound closure.

16. Transoral endoscopic thyroidectomy by a vestibular approach with endoscopic retractor

Jin Hong Lim¹, Hyung sun kim¹, Joon Seong Park¹, Dong Sup Yoon²

Seoul, Korea

1. Department of Hepato-bilio-pancreas Surgery, Gangnam Severance Hospital, Yonsei University, Seoul, Republic of Korea 2. Department of Hepato-bilio-pancreas Surgery, Severance Hospital, Yonsei University, Seoul, Republic of Korea

Background : Polycystic liver disease (PLD) is a low frequency disease in the worldwide population. Surgical cyst fenestration is the most effective treatment for symptomatic PLD. Nowadays, single port laparoscopic surgery yields better cosmetic results and comparable short-term outcomes compared to conventional surgery. We report the effective application of a single port laparoscopic surgery in patients with symptomatic PLD. **Methods :** The first patient is a 42-year-old female. The second patient is a 52-year-old female. Patients complained abdominal discomforts and bloating after meal. After computed tomography (CT) and Magnetic resonance imaging, Polycystic liver disease was diagnosed in both patients. **Results :** We performed single port laparoscopic cyst fenestration for PLD. Cyst fenestration was successfully completed without intraoperative complications. Patients were discharged on postoperative day 3. We performed postoperative CT scan in outpatient's department after postoperative 7 days. We cannot find postoperative complications. **Conclusions :** Single port laparoscopic cystic fenestration are safe and effective procedure for the treatment of symptomatic PLD. This is optimal treatment in patients of symptomatic PLD.

17. Динамика некоторых показателей иммунитета у пациентов перенесших субтотальную колэктомию по поводу хронического колостаз в отдаленном постоперационном периоде.

Исаев Г.Б., Керимова Т.М.

Баку, Азербайджанская Республика

Научный Центр Хирургии им. М.А. Топчубашова

Введение: запоры представляют собой важную медико-социальную проблему во всех странах мира, прежде всего, из-за их широкой распространенности, снижения социальной активности и качества жизни, а в структуре заболеваемости находятся на втором месте, уступая лишь геморрою. Показанием к операции по поводу хронического толстокишечного стаза является медленно-транзитный тип нарушений двигательной активности толстой кишки. Для достижения стойкого благоприятного функционального результата при хирургическом лечении толстокишечного стаза, в качестве унифицированного хирургического вмешательства применяется субтотальная резекция толстого кишечника. Толстый кишечник выполняет три основные функции: всасывание воды, всасывание электролитов и накопление фекалий. Абсорбция воды толстым

кишечником играет важную роль в поддержании гомеостаз . Иммунные механизмы гомеостаза обеспечивают сохранение биологической индивидуальности, когда организм распознает «свое» и «чужое» и обеспечивает защиту от чужеродного агента. После субтотальной колэктомии организм теряет такую важную функцию толстого кишечника как всасывание воды и электролитов, что ,несомненно, влияет на состояние всех видов гомеостаза в том числе и на его иммунные механизмы. Целью исследования явилось - определение показателей иммунитета у пациентов перенесших субтотальную колэктомии в отдаленном постоперационном периоде

Материал и методы исследования: исследование проведено у 2-х групп.В 1-ю группу входили 25 женщин , перенесших 3 года тому назад субтотальную колэктомии по поводу хронического колостаза, во 2-ю группу включены 20 женщин страдающих с компенсированной стадией хронического колостаза.В обеих группах возраст больных был приблизительно идентичными ($33\pm 3,23$). Среди пациентов 1-й группы за последние 3 года наблюдались бронхопневмония у 2(8%)-х , аднексит у2(8%) –х , карбункул спины у 1(4%)-й и фурункулез у 2(8%)-х пациентов по поводу которых они относительно долгое время ($16\pm 2,6$ дней)получали консервативное лечение.Среди пациенто в 2-й группы подобные инфекционно-восполительные заболевания наблюдались у 2-х пациентов: аднексит-1(5%) и бронхит-1(5%)

Гуморальное звено иммунитета оценивали по относительному содержанию В-лимфоцитов, концентрации иммуноглобулинов классов А, М, G в сыворотке крови и циркулирующих иммунных комплексов. Определение общего количества Т-лимфоцитов проводилось по предложенному M.Jondal и соавторами (229) тесту розеткообразования с эритроцитами барана. Количество В-лимфоцитов определяется по методу А.Н.Чередыева и соавт. (187), Содержание иммуноглобулинов классов А, М, G в сыворотке крови определяли методом Mancini G. et al. (238)Уровень ЦИК в сыворотке крови определялся реакцией осаждения (преципитации) по методу Ю.А.Гриневича и А.Н.Алферова (44). Статистическая обработка всех полученных данных произведена на персональном компьютере Intel® Pentium 4® HT 3,00 GHz методами вариационной и корреляционной статистики.

Обсуждение полученных результатов: Наши исследования показали, что у пациентов 1-й группы выявляются существенные нарушения со стороны иммунного статуса. Отмечается снижение E-РОК на 15% ($p<0,05$), Th на 16% ($p<0,05$), Ts на 11% ($p<0,05$) по сравнению с показателями 2-й группы, при этом соотношение Th/Ts лимфоцитов или иммунорегуляторный индекс (ИРИ), снижается незначительно. В то же время наблюдалось умеренное увеличение количества лейкоцитов. При этом иммунорегуляторный индекс снижается за счет уменьшения количества Т-хелперов, что указывает на усиление апоптоза. Все это позволяет говорить о развитии у обследуемых пациентов 1-й группы дефицита Т-клеток и их основных субпопуляций на уровне периферического кровообращения. На фоне снижения В-лимфоцитов на 6% ($p<0,05$) наблюдается статистически достоверное снижение показателей IgG на 13%, IgM на 34%, IgA на 16% по сравнению с подобными показателями во 2-й группе. Уровень циркулирующих комплексов среди пациентов 1-й группы значительно превышал подобных показателей 2-й группы (до 87,2% положительных реакций).

Выводы: 1.Вышеперечисленное указывает на то, что у пациентов перенесших субтотальную колэктомии возникает вторичный иммунодефицит, в виде ослабления как клеточного, так и гуморального звена. 2. У пациентов, перенесших субтотальную колэктомии по поводу хронического колостаза, в отдаленном постоперационном периоде на фоне вторичного иммунодефицита чаще встречаются инфекционно-воспалительные осложнения в виде бронхо-пневмонии(8%), аднексита(8%) и гнойных процессов кожи(6%).

18. Transoral endoscopic thyroidectomy by a vestibular approach with endoscopic retractor

Seok-Mo Kim

Seoul, Korea

Departments of Surgery, Thyroid Cancer Center, Gangnam Severance Hospital, Yonsei University College of Medicine

BACKGROUND: Transoral endoscopic thyroidectomy by a vestibular approach (TOETVA) is a novel technique for thyroid cancer operation. Compared to other endoscopic approaches including transaxillar or bilateral axillo-breast approach, it requires substantial dissection to reach the thyroid and provides the shortest access to the target organ. The aim of this study was to report on our initial experiences with transoral endoscopic thyroidectomy by a vestibular approach with endoscopic retractor for the management of thyroid carcinoma. **METHODS:** From September 2016 to March 2017, 30 patients with thyroid cancer underwent TOETVA. We used a three-port technique through the oral vestibule with endoscopic retractor, and thyroidectomy with central compartment dissection was performed endoscopically using conventional laparoscopic instruments and an ultrasonic device. **RESULTS:** All patients had papillary thyroid carcinoma. Less than total or total thyroidectomy with ipsilateral central compartment node dissection was performed (29 vs. 1). The mean operation time was 95.5 min (range, 62-213 min). The average number of lymph nodes resected was 4.3 (range, 1-11). Two patients experienced a transient hoarseness, which was resolved within 3 months. Most of the patients could return home within 3 days after surgery. **CONCLUSION:** TOETVA is safe and feasible and provides an excellent cosmetic outcome.

19. Эндоваскулярные методы лечения повреждений магистральных сосудов

Пинчук О.В., Иванов В.А., Образцов А.В., Иванов А.В.

Красногорск

ФГБУ «3 ЦВКГ им. А.А. Вишневого Минобороны РФ»

Нами обобщен опыт использования рентгенэндоваскулярных технологий в лечении ранений магистральных артерий верхних и нижних конечностей. Из двенадцати пострадавших в шести случаях выполнены имплантации стент-графтов по поводу посттравматических артериовенозных фистул, в четырех наблюдениях стент-графты установлены в связи с пульсирующими гематомами и еще в двух – применены эмболизации множественных артерио-венозных микрососудистых соустьев после огнестрельных ранений. У одного раненого после минно-взрывного ранения с артериовенозными фистулами на обеих нижних конечностях попытки прекратить патологический сброс крови раздуванием эндоваскулярного баллона не увенчались успехом и от имплантации стент-графта было решено воздержаться. В семи наблюдениях повреждение магистральных сосудов было вызвано огнестрельным оружием, в двух случаях – травма ножом, и еще у трех пациентов повреждения артерий носили ятрогенный характер. Эндоваскулярному лечению были подвергнуты подвздошные сосуды (4 случая),

подключичная артерия (2 наблюдения), сосуды голени (3 раненых), подколенная артерия (1 пострадавший) и в двух случаях бедренная артерия. Технический успех операции был достигнут во всех наблюдениях. В одном случае после рентгенэндоваскулярного устранения артерио-венозной фистулы на уровне подвздошных сосудов в связи появлением признаков инфицирования гематомы забрюшинного пространства потребовалось открытое хирургическое вмешательство. Благодаря ранее имплантированному в подвздошную артерию стент-графту артериального кровотечения из поврежденного сосуда в ходе операции не было. Еще у одного пострадавшего после стентирования ятрогенного дефекта подключичной артерии на третьи сутки развился тромбоз стент-графта без декомпенсации кровообращения верхней конечности. Наш опыт использования современных высокотехнологичных технологий в лечении артериальных повреждений на различных уровнях демонстрирует большие возможности многопрофильного военного учреждения. Применение эндоваскулярных методов в лечении травмы сосудов несравненно уменьшило травматичность хирургического пособия, способствовало улучшению непосредственных результатов и отдаленного прогноза.

20. Гемостаз методом внебрюшинной тампонады таза при нестабильных повреждениях тазового кольца.

Кажанов И.В. (1,2), Мануковский В.А. (1,2), Тулупов А.Н. (1,2), Микитюк С.И. (1,2), Гаврищук Я.В. (1), Колчанов Е.А. (2), Труфанов Г.Н. (2)

Санкт-Петербург

1. Государственное бюджетное учреждение Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт скорой помощи им. И.И. Джанелидзе. 2. Федеральное государственное бюджетное военное образовательное учреждение высшего образования «Военно-медицинская академия

Введение. Повреждения таза при сочетанных травмах встречаются в 10,0-42,0% случаев, при этом частота нестабильных повреждений тазового кольца составляет 39,0-81,4%. Летальность при травмах таза достигает 15,0%, а при нестабильности гемодинамики пострадавшего возрастает до 45-60%, что можно объяснить продолжающимся массивным внутритазовым кровотечением. Одним из способов остановки кровотечений из поврежденных костей таза является внебрюшинная тампонада таза (ВТТ). Цель работы. Оценка клинической эффективности ВТТ как метода остановки кровотечения у гемодинамически нестабильных пострадавших с нестабильными повреждениями таза. Материалы и методы. Проведен анализ результатов лечения 22 пострадавших с политравмой, нестабильными повреждениями тазового кольца и признаками неустойчивой гемодинамики по уровню систолического артериального давления (САД) в двух травматологических центрах 1-го уровня за период с 2011 по 2017 годы. Обстоятельства получения травмы: падение с высоты – 12 (54,5%), дорожно-транспортное происшествие – 7 (31,9%), сдавление – 3 (13,6%). В течение первого часа от момента травмы в травмоцентры доставлено 14 (63,6%) пострадавших. Пострадавшие по степени нарушения стабильности тазового кольца согласно классификации M. Tile, M.E. Muller-AO/ASIF распределились следующим образом: ротационно-нестабильные (тип B) – 10

(45,5%), вертикально-нестабильные (тип С) – 12 (54,5%). Следует учесть, что в исследуемую группу включали пострадавших с продолжающимся внутритазовым кровотечением, как основным источником острой кровопотери, так и конкурирующим нетазовой локализации в других областях тела - 12 (54,5%). Два и более жизнеугрожающих последствий повреждения развились у 14 (63,6%) пострадавших. Разработанный нами алгоритм для остановки продолжающегося внутритазового кровотечения у пострадавших с доминирующими нестабильными повреждениями таза и неустойчивой гемодинамикой в остром периоде травматической болезни (острого нарушения жизненно важных функций), включал 3 этапа: ? I этап – первичная неотложная операция по фиксации поврежденного тазового кольца в сокращенном объеме (рама Ганца, АВФ, тазовая повязка) и последующей 30 минутной оценкой параметров гемодинамики; ? II этап – внебрюшинная тампонада таза (ВТТ); ? III этап – диагностическая ангиография (АГ) и селективная эмболизация поврежденных артерий полости таза. Параллельно с мероприятиями направленными на окончательную остановку тазового кровотечения проводились неотложные операции по устранению жизнеугрожающих последствий повреждений других областей тела. Полученные результаты и выводы. Среднее время от поступления до тампонады составило $32,1 \pm 24,3$ минут, объем интраоперационной кровопотери – $540,0 \pm 343,9$ мл, время операции – $22,1 \pm 14,3$ мин, что соответствует имеющимся литературным данным. Внебрюшинная тампонада таза позволила достичь окончательной остановки продолжающегося внутритазового кровотечения у 14 (73,7%) пострадавших. Продолжающееся внутритазовое кровотечение, несмотря на ВТТ, наблюдалось у 3 (15,9%) пострадавших в критическом состоянии, что потребовало выполнения повторной тампонады. ВТТ таза была эффективна, на что указывают статистически значимые изменения показателей среднего уровня систолического АД до и после выполнения тампонады, а также соотношение 3:1 средних объемов заместительной гемотрансфузионной терапии препаратами крови, проведенной до операции и после нее с учетом общего объема гемотрансфузии в течение первых суток и составившего $9,0 \pm 4,0$ единиц крови. Различия значений рН артериальной крови и дефицита ВЕ оснований перед тампонадой и после тампонады у пострадавших (рН артериальной крови до тампонады $7,14 \pm 0,09$, после тампонады $7,10 \pm 0,18$; дефицит ВЕ оснований до тампонады $11,0 \pm 3,2$ ммоль/л, после тампонады $15,3 \pm 4,4$ ммоль/л), как показателей, отражающих тяжесть метаболического ацидоза крови, не были статистически значимы что связано с тем, что травма таза у половины пострадавших была отягощена сопутствующими повреждениями других областей тела, что суммарно отражалось в изменении патофизиологических показателей и объективно ориентироваться на них было не возможно. Статистически значимым была разница между средними значениями в показателях лактата в артериальной крови. Однако данный показатель не отражает эффективность достигнутого хирургического гемостаза, а в большей степени свидетельствует при его нарастании в динамике о неблагоприятном прогнозе для пострадавшего. Средний срок удаления тампонов - $5,2 \pm 1,6$ суток. Дополнительно для объективного подтверждения эффективности проведенного гемостаза после ВТТ выполняли СКТ с внутривенным контрастным усилением у 7 пострадавших, при этом продолжающееся внутритазовое кровотечение в виде экстравазации контрастного вещества диагностировано в 2 случаях. Третьим этапом выполнили диагностическую АГ с целью выявления источника продолжающегося артериального кровотечения у 9-ти пострадавших, по результатам которой в 2-х наблюдениях успешно выполнены эмболизация внутренней подвздошной артерии и селективная эмболизация поврежденных ее ветвей – в 4-х наблюдениях. Тазовая АГ выполнялась непосредственно после тампонады таза или в сроки от 2-х до 8 часов после ее выполнения при условии восстановления показателей гемодинамики или сохранения нестабильной гемодинамики с минимальной вазопрессорной и инотропной поддержкой, отсутствия выраженной коагулопатии. Полученные в ходе анализа данные лечения соответствуют литературным

источникам. Общая летальность составила 14 (63,6%) случаев, из них в течение первых суток умерло 5 (22,7%) пострадавших (в основном от последствий необратимой кровопотери). Девять пострадавших (40,9%) скончались в течение первых двух недель после травмы от инфекционных осложнений. Таким образом, ВТТ может активно применяться у находящихся в критическом состоянии пострадавших с тяжелой травмой таза в сочетании с механической стабилизацией поврежденного тазового кольца. Выполнение ВТТ не исключает последующее выполнение ангиографии, напротив, помогает стабилизировать состояние пострадавшего для дальнейшей транспортировки в рентген-операционную.

21.ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ В КОМПЛЕКСНОЙ ЛИМФОТРОПНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ОСТРОМ ПЕРИТОНИТЕ

Эгамов Ю.С.(1), Эгамов Б.Ю.(2)

Андижан Ташкент

Андижанский Государственный медицинский институт

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ В КОМПЛЕКСНОЙ ЛИМФОТРОПНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ОСТРОМ ПЕРИТОНИТЕ Острый перитонит является наиболее частым осложнением острых воспалительных заболеваний органов брюшной полости. В настоящее время общая летальность при перитоните сохраняется высокой, колеблется от 8,7 до 25%, а при терминальных состояниях составляет 40-50%. Цель и задачи исследования: разработка комплексной региональной лимфатической эндомезентериальной терапии при остром перитоните в эксперименте. Обосновать эффективность местной терапии при остром перитоните. Материалы и методы: нами в эксперименте у 25 беспородных собак был разработан способ воздействия регионального отдела лимфатической системы в органах брюшной полости при остром разлитом перитоните. При воспалительном процесс в брюшной полости отмечаются застойные явления в сосудистой системе в начале венозной, а в последующем в лимфатической системе. Подробно обосновано проведение региональной лимфатической терапии через брыжейку тонкой кишки при остром разлитом перитоните. Этот способ воздействия на лимфатическую систему брюшной полости при воспалительном процессе существенно улучшает результаты лечения за счет лимфостимуляции и достижения высокой концентрации антибиотиков в региональную лимфатическую систему брюшной полости. Результаты исследования: эффективность оценивалась по результатам наблюдений за 189 больными острым разлитым перитонитом. При проведении лимфостимуляции у больных отмечалось снижение количества выделяемой жидкости из брюшной полости по дренажу в послеоперационном периоде, что указывает на усиление резорбционной способности брюшины. В комплексном лечении наряду с дезоксидацией, занимали антибактериальная терапия и улучшение иммунного статуса организма, т.к. при остром перитоните снижаются показатели иммунного статуса организма, что усугубляется результатами лечения. Поэтому проведение иммунотерапии занимает одно из основных мест в комплексном воздействии на процесс. У 72 больных с различными формами заболевания отмечена эффективность иммунного препарата вводимого через брыжейку кишки в лимфатическую систему, особенно при лимфотропном способе его введения. Заключение: высокая эффективность

достигнута при сочетании послеоперационной лимфостимуляции, лимфотропного введения антибиотика, даларгина и иммуностимулятора-тимогена при распространенном разлитом перитоните. В результате лечения 167 больных, леченных рекомендованными нами способами, по сравнению с традиционными способами лечения, у 30 больных отмечена высокая эффективность, которая заключалась в уменьшении осложнений заболевания, сокращении средней продолжительности пребывания больных в стационаре на 4,5±0,7 дня. Летальность и осложнения при этом сократились на 10 - 20 % по сравнению с контрольной группой больных, леченных обычным способом..

22.

23. Консервативное лечение больных с вторичными лимфатическими отеками нижних конечностей

Яровенко Г.В., Каторкин С.Е.

Самара

СамГМУ

Современное лечение пациентов с лимфатическими отеками конечностей основывается на хирургических и консервативных методах. Ближайшие и отдаленные результаты применяемых в настоящее время оперативных вмешательств не всегда приносят желаемый эффект. Цель. Улучшение результатов комплексного консервативного лечения больных с вторичными хроническими лимфатическими отеками нижних конечностей. Материалы и методы. Проведен анализ результатов комплексного обследования и консервативного лечения 203 пациентов. Из них 170 больных с ХЗВ С3-С6 классов и вторичными нарушениями лимфатического оттока венозного происхождения: С3 класса - 74, С4 - 62, С5 - 15 и С6 - 19 пациентов. Причинами вторичных лимфатических отеков были: у 21 пациента рожистые воспаления, а у 12 - лучевая терапия. У 40 пациентов наблюдалась I степень отеков, у 117 - II степень, а у 46 - III степень. Для динамического контроля применяли антропометрию, ЦДК, а также УЗИ мягких тканей конечности и лимфатических узлов. Функциональное состояние нижних конечностей оценивали при помощи клинического анализа движения (подометрия, гониометрия, плантография и электромиография). Для изучения состояния лимфатического оттока применяли пробу Мак-Клюра и Олдрича. Медикаментозная терапия включала флебо- и лимфотоники, гепарин и гепариноиды, профибринолитики, гемореологические и антитромбоцитарные средства, дезагреганты и диуретические средства. По показаниям применяли антибактериальные, противогрибковые, антигистаминные препараты, полиэнзимы и иммуномодуляторы. Результаты и обсуждение. При комплексном лечении все больные отмечали положительный эффект в виде исчезновения или уменьшения чувства тяжести и распирания в пораженной конечности. Фиксировалось уменьшение периметра стопы и

нижней трети голени в среднем на 14-15% у пациентов с I и II степенями заболевания и на 8-12% у больных с III степенью. При проведении подометрии отмечался симметричный цикл шага с разной степенью выраженности динамической разгрузки пораженной конечности и асимметрией походки от 1 до 11%. Отмечалась фронтальная нестабильность коленных суставов в период переноса, с амплитудой от 4% до 15%. Комбинированное плоскостопие различной степени в сочетании с вальгусной установкой стоп и деформацией I пальца несомненно отягощало течение хронической лимфопатической недостаточности. Электромиографические исследования фиксировали прогрессирующее снижение средней амплитуды колебаний ПДЕ в 1,2-3,5 раза ниже нормы. По данным УЗИ мягких тканей конечности наблюдались колебания их толщины и эхогенности, наиболее выраженные у большинства пациентов со II степенью лимфедемы. При III степени эхогенность подкожной клетчатки практически не менялась. У всех пациентов после консервативной терапии отмечалось изменение структуры (величины паракортикального и медуллярного слоев) лимфатических узлов с уменьшением линейных размеров за счет сокращения гладкомышечных волокон, находящихся в капсуле. Размеры варьировали: длина - от 2,64±0,07 см до 1,75±0,10 см, ширина - от 1,0±0,05 см до 0,58±0,06 см. Уменьшались слои - медуллярный с 0,44±0,03 см до 0,32±0,05 см и паракортикальный с 0,29±0,03 см до 0,2±0,04 см. Установлено достоверное увеличение линейного и объемного кровотока по ПБВ и ГБВ. Объемный кровоток по ПБВ до лечения составлял 113,14±1,27 мл/мин, а после лечения - 128,17±1,52 мл/мин. По БПВ линейный кровоток ускорялся с 12,27±0,29 см/сек до 12,94±0,56 см/сек, т.е. на 5,2%, а объемный - с 104,83±1,63 мл/мин до 113,0±2,14 мл/мин. При завершении курса лечения, у больных с I, II степенями и в меньшей степени с III степенью заболевания наблюдалось умеренное увеличение времени рассасывания кожной папулы, что свидетельствовало об улучшении резорбционно-транспортной функции лимфатической системы. Заключение: Комплексное консервативное лечение позволяет обеспечить эффективную медико-социальную реабилитацию пациентов.

24. Оценка эффективности и отдаленных результатов эндовенозной лазерной коагуляции в лечении больных с хронической венозной недостаточностью

Савинов И.С.(1), Ильченко Ф.Н.(1), Бутырский А.Г.(1), Савинов С.Г.(2), Калачев Е.В.(2)

Симферополь

1) Медицинская академия имени С.И. Георгиевского ФГАОУ ВО «Крымский федеральный университет имени В.И. Вернадского» 2) ООО «Центр флебологии доктора Савинова»

Цель: изучить эффективность применения и отдаленные результаты эндовенозной лазерной коагуляции (ЭВЛК) в лечении тяжелых форм ВБ. Материалы и методы: было проведено проспективное сравнительное исследование, в которое было включено 112 больных с ВБ клинических классов С4-С6 по СЕАР, разделенных на 3 группы: группа I (С4) – 74 человека, II (С5) – 22 человека, III (С6) – 30 человек. Вариационный анализ свидетельствует об однородности когорт, подобранных по признаку клинического класса. Площадь ТЯ у больных с классом С6 варьировала от 2 до 91 см². Всем больным была выполнена ЭВЛК + минифлебэктомия (МФЭ) + резекция несостоятельных перфорантов

(РНП), у больных с диаметром СФС более 20 мм она была дополнена кроссэктомией. Для выполнения ЭВЛК нами применялся лазерный диодный аппарат Лахта-Милон (Россия) с длиной волны 1470 мкм и радиальный световод Biolitec ELVeS Radial 2 Ring Fiber™ (Германия). Линейная плотность энергии (LEED) составляла 80-140 Дж/см. Отдаленные результаты лечения ВБ были оценены через 6 и 12 месяца с учетом послеоперационных осложнений, изменения диаметра БПВ в области СФС и в с/3 бедра. Качество жизни (КЖ) больных пациентов оценивалось по шкале CIVIQ 20, тяжесть течения ВБ (ХВН) - по шкале VCSS. Статистическая обработка полученных данных проведена с использованием методов вариационной статистики. Результаты. До оперативной коррекции флебогемодинамики показатели КЖ пациентов и степени тяжести варикоз-ассоциированной ХВН были следующими: группа I – 52,0±2,0 (CIVIQ 20) и 12,3±0,5 (VCSS), группа II - 49,0±2,5 и 13,6±0,4, группа III - 59,1±2,7 и 20,0±0,8 (разница между группами I, II и III достоверна (p<0,05)). Между группами I и II достоверной разницы в показателях КЖ нет. Показатели качества жизни пациентов и тяжести варикоз-ассоциированной ХВН через 12 месяцев после оперативной коррекции флебогемодинамики: группа I – 27,9±1,3 и 4,6±0,4, группа II – 25,1±1,6 и 7,9±0,6, группа III - 33,3±3,6 и 8,3±0,9 (разница с соответствующими предоперационными данными во всех группах достоверна (p<0,05) Особенно хочется отметить высокие результаты у пациентов группы С6: в этой группе не просто меняется локальный статус, а изменяется степень ХВН. Это меняется статус трудоспособности, группу инвалидности, частоту посещения врача поликлиники. В этой группе нам удалось за 6-12 месяцев достичь стопроцентной заживляемости ТЯ; срок заживления варьировал от 15 до 150 дней, средний срок составил 37,4±5,6 дней. Особо хотим подчеркнуть, что при реализации принятой нами тактики достигнуты следующие результаты через 6-12 месяцев: всего было отмечено за этот срок 6 реканализаций, при этом в 2 случаях наблюдалась только начальная реканализация в области соустья у пациентов протяженностью 5-7 см без клинического рецидива. В 4 случаях была выявлена реканализация практически на всём протяжении, с наличием патологического рефлюкса, в 1 случае было выявлено варикозное расширение вен. Во всех случаях было выполнено повторное миниинвазивное вмешательство в зоне реканализации. На контрольных УЗИ в срок до 60 дней была достигнута облитерация в обоих случаях, данных за реканализацию и/или клинический рецидив не выявлено. Выводы. 1. Через 12 месяцев у пациентов отмечается значительное улучшение качества жизни и снижение степени ХВН при исходных клинических классах ВБ НК С4-С6 по СЕАР 2. Частота реканализаций составляет 5,1%; после выполнения повторного миниинвазивного вмешательства в зоне реканализации достигается полная облитерация во всех случаях. 3. Лечение сопровождается заживлением ТЯ в 100% случаев. 4. Предложенная нами тактика оперативного лечения с учетом отдаленных результатов может быть использована в качестве алгоритма во флебологической практике.

25. Антиоксидантная терапия и гипербарическая оксигенация в лечении ожоговых ран

Козка А.А., Олифирова О.С.

Благовещенск

ФГБОУ ВО Амурская ГМА Минздрава России

Актуальность: Термическая травма представляют глобальную проблему в области здравоохранения – по данным ВОЗ, ожоги по частоте занимают третье место среди прочих травм, а в Российской Федерации – шестое место (2,4%), составляя 2,1 случая на 1000 взрослого населения. Ежегодно регистрируется 265 000 случаев смерти от ожогов. В настоящее время повышено внимание свободнорадикальных реакций (СРР) перекисного окисления липидов (ПОЛ) в молекулярной основе раневого процесса. Многие исследователи утверждают, что у больных с ожоговыми ранами происходит изменение баланса в системах генерации свободных радикалов и антиоксидантной защиты, которое может стать также одной из причин его неблагоприятного и осложненного течения. Поэтому на сегодняшний день актуально поиск современных методов лечения ожоговых ран, патогенетически способствующие коррекции ПОЛ. Цель исследования: анализ результатов применения антиоксидантной терапии и гипербарической оксигенации (ГБО) и в комплексном лечении больных с ожоговыми ранами. Материалы и методы: проведен анализ результатов лечения 94 пациента. Основную группу (ОГ) составили 48 больных, получавших антиоксидантную терапию и ГБО, а группу клинического сравнения (ГКС) – 46 больных, им проводилось общепринятое лечение. Из них мужчин – 66 (70,2%) и женщин – 28 (29,8%) в возрасте 19 – 75 лет. Структура заболеваний в обеих группах: термические ожоги (МКБ-10) I-ст. (68), термические ожоги III ст.(26). Этиология заболеваний в ОГ и ГКС: ожоги кипятком (65),- ожоги пламенем (29), случаях. Длительность течения раневого процесса была от 12 дней до 2,5 месяцев. В среднем площадь термических ран составляла $857,1 \pm 4,4$ см². Антиоксидантная терапия включала пероральный прием биологически активной добавки «Лавитол-В», содержащей арабиногалактан и дигидрокверцетин, по 1 капсуле 2 раза в день в течение 21 дня с начала лечения. Биологически активная добавка «Лавитол-В» представляет смесь флавоноидов дигидрокверцетина и полисахарида арабиногалактана (1:3), полученных из лиственницы даурской. Кроме того, больным ОГ выполняли перевязки с порошком дигидрокверцетина («Лавитол косметичнский»), который наносили на раневую поверхность после ее очищения при микробной обсеменности не более 10³-4м.г. на 1см² слоем 1-2 мм. Местно антиоксидант использовали до самостоятельной эпителизации раны или до- и после выполнения аутодермопластики свободным расщепленным кожным трансплантатом. Одновременно проводили гипербарическую оксигенацию 1,5-1,8 атмосфер продолжительностью 40 минут ежедневно в течение 10 дней. Лечение больных ГКС проводили традиционными методами. Результаты анализировали на основании следующих показателей: клинических данных, течения раневого процесса, цитологического исследования, провоспалительных интерлейкинов ((IL-1?, IL-6, IL-8, TNF-?), исследования ПОЛ (диеновые конъюгаты – ДК, малоновый диальдегид – МДА) и АОЗ (витамин «Е», церулоплазмин) в первый день и 21-й день лечения, Результаты: Течение раневого процесса у больных ОГ было более гладким, чем в ГКС. К началу лечения средняя площадь ран у больных в ОГ составляла $856,1 \pm 4,8$ см², а в ГКС – $855,5 \pm 5,2$ см² ($p > 0,05$). У больных ОГ, получавших антиоксидантную терапию и ГБО, отмечены значимо более ранние сроки появления активных грануляций ($12,7 \pm 1,3$ дня), краевой ($16,6 \pm 1,6$ дня) и полной эпителизации ран ($28,2 \pm 3,3$ дня), рубцевания ($31,3 \pm 2,4$ дня) по сравнению с больными ГКС ($18,7 \pm 1,4$ дня, $20,9 \pm 3,8$ дня, $29,9 \pm 2,3$ дня, $39,7 \pm 3,2$ дня, соответственно). Длительность болевого синдрома у больных ОГ составила $9,1 \pm 0,8$ дня, а температурной реакции – $8,9 \pm 0,6$ дня, что меньше, чем в ГКС ($14,1 \pm 0,9$ дня и $12,3 \pm 1,3$ дня, соответственно). Применение антиоксидантной терапии не сказалось отрицательно на состоянии периферической крови. Количество эритроцитов, лейкоцитов, лимфоцитов, уровень СОЭ в 1-й и 21-й день лечения не имели значимых различий у больных ОГ и ГКС. Также за счет более активного течения раневого процесса сроки предоперационной подготовки у больных ОГ, которым требовалась аутодермопластика, оказались меньше ($9,2 \pm 0,7$ дня), чем в ГКС ($15,3 \pm 1,6$ дня). Результаты цитологического исследования показали, что у больных ОГ репаративные процессы в ранах протекали

интенсивнее, чем в ГКС. Клеточный состав ран в первый день лечения существенно не отличался у больных обеих групп. На 21-й день лечения у больных ОГ установлены регенераторный и регенераторно-воспалительный типы цитограмм, тогда как у больных ГКС сохранялся воспалительно-регенераторный тип цитограмм. У больных ОГ наблюдалось значимое снижение числа нейтрофилов (с $84,6 \pm 4,3\%$ до $28,4 \pm 2,7\%$), макрофагов (с $11,7 \pm 1,4\%$ до $2,7 \pm 0,3\%$) и возрастание количества фибробластов (с $5,4 \pm 0,7\%$ до $18,7 \pm 1,5\%$), а также клеток эпителия (с $0,5 \pm 0,1\%$ до $62,4 \pm 5,4\%$). у больных с ожоговыми ранами в обеих группах отмечалась чрезмерная и длительная гиперпродукция провоспалительных интерлейкинов (IL-1?, IL-6, IL-8, TNF-?). Применение предложенного метода способствовало снижению их уровня и ускорению процессов репарации. К 21 дню лечения у больных ОГ с ожоговыми ранами уровень содержания в сыворотке крови IL-1 снизился на 45,5% (от 132,9 [21,5; 302] до 72,4 [8,7; 127,6]), IL-6 –40 % (от 112,5 [51,4;216,7] до 67,5 [13,9; 120,8]), IL-8 – 49,3% (от 230,4 [123,8; 328,5] до 116,7 [69,8; 254,6]) и TNF-? –62,8 % (от 43,2 [15,04; 67] до 16,07 [6,7; 45,8]), а в ГКС только –18,3 %, 2,9%, 3,6%, 6,5%, соответственно. Применение в комплексном лечении антиоксидантной терапии у больных ОГ способствовало повышению активности АОЗ и снижению интенсивности процессов ПОЛ. Показатели ПОЛ (ДК, МДА) и АОЗ (витамин «Е», церулоплазмин) у ОГ и КГС в начале лечения не имели значимых различий. К 21-му дню лечения у больных ОГ наблюдалось значимое снижение содержания продуктов ПОЛ по сравнению с ГКС: содержание ДК уменьшилось на 39%, МДА – на 35,7%, тогда как в ГКС содержание ДК – на 14,9%, МДА – на 21,3%. В тоже время в ОГ компоненты АОЗ возросли значительно больше, чем в ГКС. У больных ОГ содержание витамина «Е» увеличилось на 33,5% и церулоплазмينا – на 26,3%, тогда как в ГКС витамин «Е» – на 13,5% и церулоплазмин – на 12,1% . Обсуждение: Установлено, что у больных с ожоговыми ранами I-II-III ст. (МКБ-10) имеют место процессы активации ПОЛ и снижение АОЗ. Также отмечается стойкая гиперпродукция провоспалительных интерлейкинов (IL-1?, IL-6, IL-8, TNF-?), являющиеся маркерами персистирующего воспаления в ране. В комплексном лечении этой группы больных патогенетически обоснована антиоксидантная терапия и ГБО. Применение антиоксидантной терапии и ГБО способствует коррекции содержания провоспалительных интерлейкинов (IL-1?, IL-6, IL-8, TNF-?) и нарушений ПОЛ в общем и локальном гомеостазе, стимулируя и сокращая сроки заживления ожоговых ран. За счет более активного течения репаративных процессов сокращается длительность самостоятельной эпителизации поверхностных ожоговых ран и предоперационной подготовки для аутодермопластики у больных с глубокими ожогами. Выводы 1. У больных с ожоговыми ранами имеют место процессы активации ПОЛ и снижение АОЗ. 2. У больных с ожоговыми ранами отмечается стойкая гиперпродукция провоспалительных интерлейкинов (IL-1?, IL-6, IL-8, TNF-?). 3. Применение антиоксидантной терапии (дигидрокверцетин) и ГБО позволяет корректировать содержание провоспалительных интерлейкинов (IL-1?, IL-6, IL-8, TNF-?) и нарушения ПОЛ и АОЗ, что способствует стимуляции репаративного процесса в ранах.

26.Применение лимфодренирующих операций у пациентов с венозными трофическими язвами.

Каторкин С.Е., Яровенко Г.В., Мельников М.А., Кравцов П.Ф.

Самара

тенденция к увеличению числа случаев желудочно-кишечных кровотечений (ЖКК). Современная эндоскопия обладает целым рядом методов гемостаза, различных по своей эффективности, надёжности, безопасности и стоимости. Целью моего сообщения является изложение и анализ результатов эндоскопического гемостаза в зависимости от морфологического субстрата кровотечения из ВОПТ. За период 2011-2016 гг. в ЦГКБ г.Реутов находилось на лечении 509 пациентов с диагнозом острого гастродуоденального кровотечения (ОГДК). Диагностическая эзофагогастродуоденоскопия (ЭГДС) при поступлении была выполнена 504 (99,1%) пациентам. В 257 (50,9%) случаях ЭГДС имела не только диагностический, но и лечебный характер. Эндоскопические манипуляции, имевшие своей целью остановку продолжающегося кровотечения (Forrest I), были проведены 67 пациентам и сопровождалась достижением гемостаза у 62 больных. Соответственно, эффективность эндогемостаза как средства остановки язвенного кровотечения составила 93,2%. Проблематичным являлось достижение эндогемостаза, в основном, у пациентов с кровотечением Forrest IA. В данном случае кровотечение удалось остановить лишь у 73,1% пациентов, в то время как у пациентов с кровотечением Forrest IB гемостаза был достигнут в 98,1% случаев. Наименее эффективной оказалась остановка кровотечения из каллёзных язв: состояние гемостаза не было достигнуто у 12,2% пациентов. В то же время неудачи эндогемостаза при хронических язвах составили 6,3%, при впервые выявленных язвах - 5,6%, при острых язвах - лишь 2,4%. Применение коагуляционного эндогемостаза оказалось безуспешным в 7,7% случаев, инфильтрационного эндогемостаза - в 6,3% случаях, сочетание инфильтрационного и коагуляционного методов оказалось неэффективным в 6,8% случаев (различия недостоверны, $p > 0,05$). Таким образом, неудачу эндогемостаза определял не применявшийся метод остановки кровотечения, а характер морфологических изменений периульцерозной зоны. Превентивный эндогемостаз, имеющий своей целью обеспечение устойчивого гемостаза при картине Forrest IIА-В, был проведён 191 пациенту, что составило 73,6% из всех пациентов с данной эндоскопической картиной. Рецидив ОГДК развился у 34 пациентов. У 73 пациентов была выявлена угроза рецидива кровотечения, что послужило поводом к их оперативному лечению в неотложной порядке. Таким образом, состояние нестабильного гемостаза (рецидив+угроза рецидива ОГДК) после проведённых эндоскопической остановки кровотечения или превентивного эндогемостаза было выявлено у 107 пациентов, что составило 41,8% от всех больных, которым выполнялся эндогемостаз, и 21,5% от всех больных с ОГДК. Нестабильный характер гемостаза реже всего отмечался после применения клипирования (25,0%), чаще всего после применения электрокоагуляции в изолированном варианте (49,5%). Нестабильный характер гемостаза отмечался после инфильтрационного метода гемостаза в 38,9% случаев, после комбинированного инфильтрационного и электрокоагуляционного воздействия в 42,5% случаев. Определялась обратная зависимость между интенсивностью кровотечения в момент осуществления эндогемостаза и эффективностью последнего. Нестабильный характер гемостаза после лечебной эндоскопии имел место у 95,9% пациентов с каллёзной язвой, у 39,9% пациентов с хронической язвой, у 31,2% с острой язвой, у 30,2% с впервые выявленной язвой и всего у 13,0% пациентов с НПВП-индуцированной язвой. Таким образом, основными факторами, определяющими нестабильный характер гемостаза являются морфологический субстрат ОГДК и интенсивность исходного кровотечения, но отнюдь не способ эндогемостаза. Максимальным потенциалом в плане возникновения нестабильного гемостаза обладают каллёзные язвы, значительно меньшим и достоверно не различающимся между собой - впервые выявленные, хронические и острые язвы, минимально опасны состоянием нестабильного гемостаза НПВП-язвы.

28.Сберегательные технологии в хирургии острого панкреатита

Лубянский В.Г., Жариков А.Н.

Барнаул

ФГБОУ ВО Алтайский государственный медицинский университет Минздрава России

Актуальность. Распространение гнойно – воспалительного процесса при панкреонекрозе на забрюшинную клетчатку кардинально меняет течение болезни, значительно ухудшает возможности лечебных мероприятий и сопровождается высокой летальностью. Решающее значение для уменьшения глубины повреждения поджелудочной железы, предотвращения резорбции ферментов, отграничения их поступления в забрюшинную клетчатку при панкреонекрозе (ПН) имеет улучшение микроциркуляции в паренхиме железы и своевременное формирование естественных и искусственных тканевых барьеров для последующего малоинвазивного дренирования. Материалы и методы. Проведен анализ хирургического лечения 470 больных с острым панкреатитом, осложненным ПН, которые в зависимости от тактики лечения были разделены на 2 группы. В первую (ретроспективную) группу вошли 314 пациентов с инфицированным панкреонекрозом (224 – забрюшинные флегмоны и 90 – абсцессы), в лечении которых применялись ранние открытые некрэктомии в процессе проведения лапаротомии в первые 3-5 суток. Вторую группу составили 156 больных с использованием сберегательной тактики, во время которой применялись технологии направленные на отграничение гнойно-некротического процесса. В ранние сроки течения острого панкреатита (первая неделя заболевания) у 98 больных использовалась локальная реологическая терапия путем катетеризации чревного ствола или гастродуоденальной артерии с внутриартериальным введением дезагрегантов или алпростадилла (вазапростан) и антибиотиков широкого спектра действия. В 46 наблюдениях выполнено видеолапароскопическое дренирование, в 12 – декомпрессионный ретроперитонеальный дренаж. Последующее малоинвазивное дренирование сформированных жидкостных образований (трансабдоминальное, трансгастральное) выполнялось по мере отграничения процесса в забрюшинной клетчатке, в основном на 3-6 недели заболевания. Открытые операции в этой группе выполнялись по «требованию», в основном при прогрессировании гнойно-некротического процесса. Ближайшие результаты лечения показали, что ранние расширенные операции по поводу инфицированного ретроперитонеонекроза сопровождаются значительной летальностью, которая при забрюшинных флегмонах достигала 55,4%. Напротив, сберегательная тактика, направленная на раннее отграничение процесса в забрюшинной клетчатке и его последующее малоинвазивное дренирование характеризовалась более низкими показателями летальности – 31 (19,9%) больных. Среди наиболее эффективных технологий хирургического лечения ПН, способствующих ускоренному формированию отграничения в поджелудочной железе и забрюшинной клетчатке следует отметить проведение раннего видеолапароскопического и ретроперитонеального дренирования (летальность – 10,9%) и локальной реологической лекарственной терапии (летальность – 21,4%). Заключение. Таким образом, использование локальной внутриартериальной реологической терапии путем катетеризации гастродуоденальной артерии или чревного ствола у больных с острым панкреатитом в ранние сроки позволяет улучшить кровообращение в пораженных участках поджелудочной железы, уменьшить глубину некроза и способствует процессу отграничения, как в паренхиме железы, так и в забрюшинной клетчатке. Сберегательные малоинвазивные методы дренирования

жидкостных скоплений и кист (трансабдоминальные, трансгастральные) представляются более предпочтительными и должны использоваться более широко после достижения отграничения воспалительного процесса. Сроки формирования кист варьируют от 4 до 8 недель.

29. Третичный перитонит – точка «невозврата» при лечении вторичного перитонита

Щеголев А.А. (1), Чевокин А.Ю. (2,1), Товмасын Р.С. (1), Варнавин О.А.(2), Плотников В.В.(2)

Москва

1) ФГБОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России 2) ГБУЗ ГКБ им. Ф.И. Иноземцева ДЗ города Москвы

Актуальность В последние годы в хирургической практике прочно обосновался термин третичного перитонита, дефиниции которого не вполне конкретны. Принципиальное отличие вторичного перитонита от третичного заключается в том, что клиника вторичного перитонита обусловлена защитной реакцией организма, в то время как третичный перитонит, по мнению большинства авторов, рассматривается, как неспособность защитных сил организма больного сформировать адекватную реакцию на развивающийся инфекционный процесс в брюшной полости. Материал и методы исследования Проведен ретроспективный анализ результатов лечения 32 больных вторичным распространенным гнойным перитонитом, причиной которого явились острые хирургические заболевания и травмы органов брюшной полости. Всем больным в качестве первичного вмешательства выполнялась лапаротомия с ликвидацией источника перитонита, формированием лапаростомы и последующими релапаротомиями «по программе». Стратификация и мониторинг больных проводились на основании Мангеймского индекса перитонита (МИП) и шкалы оценки органной недостаточности по SOFA. Результаты лечения больных оценивались по следующим показателям: летальность, средний койко-день и динамика органной недостаточности по шкале SOFA. Далее, построен простой математический ряд в зависимости от сроков закрытия лапаростомы и статистическими методами проанализирована зависимость результатов лечения от сроков закрытия лапаростомы. Полученные результаты При анализе методом ранговой корреляции обнаружен резкий скачок летальности в группе больных, у которых закрытие лапаростомы удалось выполнить только позже 72 часов от момента первичного вмешательства (18 больных), что потребовало проведения неоднократных плановых санаций брюшной полости. Необходимо подчеркнуть, что у всех 8 умерших пациентов этой группы плановые реоператомии, выполняемые после 72 часов от первого оперативного вмешательства, начиная с определенного этапа, уже не выявляли какой-либо положительной динамики в течении вялотекущего перитонита, а у 3 умерших больных вообще не удалось закрыть лапаростому. Многофакторный дисперсионный анализ результатов лечения показал, что лучшие результаты лечения по всем трем показателям достигнуты в группе больных, у которых удалось ликвидировать лапаростому в сроки до 72 часов от первичного вмешательства (14 больных). Летальность в первой группе составила 44,4% (8 больных), во второй группе – 21,4% (3 больных). Разница результатов лечения по совокупности трех показателей в группах оказалась достоверной (U-критерий Вилкоксона-Уитни-Мана).

Обсуждение Таким образом, анализ результатов исследования показал, что срок 72 часа от момента первого вмешательства при продолжающемся перитоните, возможно, является тем краеугольным камнем, который, с одной стороны, свидетельствует о развитии принципиально иного патологического процесса в брюшной полости – третичного перитонита; с другой стороны – сигнализирует о том, что возможности традиционной лапаротомии уже исчерпаны. Полученные данные определенным образом свидетельствуют о том, что при развитии третичного перитонита дальнейшие релапаротомии «по программе» перестают носить лечебную нагрузку, даже при сохраняющихся макроскопических признаках продолжающегося перитонита, поскольку в условиях инверсии микробиологического спектра возбудителей на условно патогенную «третичную» флору, традиционная санация брюшной полости теряет свою актуальность. В этих условиях, дальнейшие релапаротомии, в силу своей высокой инвазивности, играют негативную роль в прогрессировании органной недостаточности и ухудшают результаты лечения больных в целом. Выводы и рекомендации При развитии резидуального третичного перитонита целесообразно прекращение программных санаций брюшной полости в классическом виде и поиск новых методов «открытого» лечения перитонита с применением методик вакуумной аспирации. Определенные перспективы могут быть связаны с использованием препаратов серотонина, являющегося мощным эндогенным регулятором желудочно-кишечного тракта.

30. Третичный перитонит – точка «невозврата» при лечении вторичного перитонита

Щеголев А.А. (1), Чевокин А.Ю. (2,1), Товмасын Р.С. (1), Варнавин О.А.(2), Плотников В.В.(2)

Москва

1) ФГБОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России 2) ГБУЗ ГКБ им. Ф.И. Иноземцева ДЗ города Москвы

Актуальность В последние годы в хирургической практике прочно обосновался термин третичного перитонита, дефиниции которого не вполне конкретны. Принципиальное отличие вторичного перитонита от третичного заключается в том, что клиника вторичного перитонита обусловлена защитной реакцией организма, в то время как третичный перитонит, по мнению большинства авторов, рассматривается, как неспособность защитных сил организма больного сформировать адекватную реакцию на развивающийся инфекционный процесс в брюшной полости. Материал и методы исследования Проведен ретроспективный анализ результатов лечения 32 больных вторичным распространенным гнойным перитонитом, причиной которого явились острые хирургические заболевания и травмы органов брюшной полости. Всем больным в качестве первичного вмешательства выполнялась лапаротомия с ликвидацией источника перитонита, формированием лапаростомы и последующими релапаротомиями «по программе». Стратификация и мониторинг больных проводились на основании Мангеймского индекса перитонита (МИП) и шкалы оценки органной недостаточности по SOFA. Результаты лечения больных оценивались по следующим показателям: летальность, средний койко-день и динамика органной недостаточности по шкале SOFA. Далее, построен простой математический ряд в зависимости от сроков закрытия лапаростомы и статистическими методами

проанализирована зависимость результатов лечения от сроков закрытия лапаростомы. Полученные результаты При анализе методом ранговой корреляции обнаружен резкий скачок летальности в группе больных, у которых закрытие лапаростомы удалось выполнить только позже 72 часов от момента первичного вмешательства (18 больных), что потребовало проведения неоднократных плановых санаций брюшной полости. Необходимо подчеркнуть, что у всех 8 умерших пациентов этой группы плановые релапаротомии, выполняемые после 72 часов от первого оперативного вмешательства, начиная с определенного этапа, уже не выявляли какой-либо положительной динамики в течении вялотекущего перитонита, а у 3 умерших больных вообще не удалось закрыть лапаростому. Многофакторный дисперсионный анализ результатов лечения показал, что лучшие результаты лечения по всем трем показателям достигнуты в группе больных, у которых удалось ликвидировать лапаростому в сроки до 72 часов от первичного вмешательства (14 больных). Летальность в первой группе составила 44,4% (8 больных), во второй группе – 21,4% (3 больных). Разница результатов лечения по совокупности трех показателей в группах оказалась достоверной (U-критерий Вилкоксона-Уитни-Мана). Обсуждение Таким образом, анализ результатов исследования показал, что срок 72 часа от момента первого вмешательства при продолжающемся перитоните, возможно, является тем краеугольным камнем, который, с одной стороны, свидетельствует о развитии принципиально иного патологического процесса в брюшной полости – третичного перитонита; с другой стороны – сигнализирует о том, что возможности традиционной лапаростомы уже исчерпаны. Полученные данные определенным образом свидетельствуют о том, что при развитии третичного перитонита дальнейшие релапаротомии «по программе» перестают носить лечебную нагрузку, даже при сохраняющихся макроскопических признаках продолжающегося перитонита, поскольку в условиях инверсии микробиологического спектра возбудителей на условно патогенную «третичную» флору, традиционная санация брюшной полости теряет свою актуальность. В этих условиях, дальнейшие релапаротомии, в силу своей высокой инвазивности, играют негативную роль в прогрессировании органной недостаточности и ухудшают результаты лечения больных в целом. Выводы и рекомендации При развитии резидуального третичного перитонита целесообразно прекращение программных санаций брюшной полости в классическом виде и поиск новых методов «открытого» лечения перитонита с применением методик вакуумной аспирации. Определенные перспективы могут быть связаны с использованием препаратов серотонина, являющегося мощным эндогенным регулятором желудочно-кишечного тракта.

31. Результаты использования модифицированной технологии эндовидеогерниопластики при послеоперационных и первичных грыжах срединной локализации

Чистяков Д.Б. (1,2) Мовчан К.Н. (2) Яценко А.С.(1,2) Дуткинский П.С (2)

Санкт-Петербург

1.СПБ ГБУЗ "Городская клиническая больница № 31" 2.ГБОУ ВПО «Северо-Западный государственный университет им. И.И. Мечникова» МЗ РФ

С 2011 по 2016 прооперированно 917 человек с грыжами живота срединной локализации. Из них с первичными грыжами - 542, с послеоперационными -316 и с рецидивными --59.

Однозначные показания и противопоказания к использованию ненатяжных методов герниопластики с использованием синтетических имплантатов при лечении больных первичными, послеоперационными и рецидивными грыжами пока не сформулированы. Важное значение в достижении позитивных результатов лечения больных наружными грыжами живота, по мнению многих авторов, имеет качество предоперационной подготовки и способ пластики брюшной стенки на основе объективной оценки тяжести состояния больного до операции. Нами несколько модернизирована технология лапароскопической герниопластики. В частности, при выполнении лапароскопической герниопластики придавали пациенту положение "лежа на боку", чаще, - на правом. Доступ в брюшную полость осуществлялся преимущественно в левом мезогастррии, по средней или передней подмышечной линии. В 90% случаев использовались три троакара, в один из которых вводился лапароскоп, а в два других манипуляционные инструменты. После установки всех троакаров и введения лапароскопа и манипуляционных инструментов в брюшную полость выполнялись: обзорная лапароскопия с оценкой состояния органов брюшной полости, содержимого грыжевого мешка (при необходимости осуществлялась его экстракция), размеров грыжевых ворот и возможности выполнения лапароскопической герниопластики. Время операции при выполнении ЭВХ герниопластики колебалось от 20 минут до 1,5 часов. Среднее время лапароскопических операций составило $45 \pm 0,03$ минут. Интраоперационных осложнений не было. Средний койко-день при выполнении ЭВХ герниопластики составил 3 дня. При ЭВХ - герниопластике серомы наблюдались у 7 (3,6%) пациентов. В основном при этом проводилось консервативное лечение. Пункционное удаление сером выполнялось в 2-х случаях. В группе пациентов, перенесших ЭВХ герниопластику случаев рецидивов заболевания не было. С 2012 года (после внедрения в лечебную практику современных технологий эндовидеохирургической герниопластики) частота применения ЭВХ - операций при срединных грыжах увеличилось с 6% до 75% за наблюдаемый период. При устранении послеоперационных грыж возросла с 4,5% в 2011 году до 38% в 2014 году (21% в 2016 г.). Эндовидеохирургическая технология при устранении наружных грыж срединной локализации в настоящее время используется редко, несмотря на то, что лапароскопическая герниопластика при лечении пациентов с паховыми грыжами используется относительно продолжительно. Очевидно так происходит потому, что при абдоминальных грыжах нет четко отработанной унифицированной методики ЭВХ-герниопластики. Выводы: 1. Из всех хирургических операций, на герниопластики в среднем приходится 26% и имеется тенденция к увеличению. 2. Эндовидеохирургические методики устранения грыж живота осуществляются в 72% случаев и используются при всех видах грыж. 3. Протезирующая герниопластика проводится в 91% случаев (при традиционных методиках выполнения герниопластики - в 85% наблюдений). 4. Выполнение ЭВХ операций послеоперационных и первичных срединных грыж является эффективным и безопасным методом, с низким числом осложнений и могут быть внедрены в повседневную хирургическую практику.

32.Резектабельный рак прямой кишки: место и роль процедуры RACHEL в комбинированном лечении

Захарченко А.А., Попов А.В., Винник Ю.С., Кириченко А.К.

Красноярск

Актуальность Одной из центральных и окончательно нерешенных проблем лечения больных резектабельным раком прямой кишки (РПК) при использовании только хирургического метода остается высокая смертность, обусловленная локальными рецидивами (11-15%), даже при отсутствии отдаленных метастазов. Основная роль в местном рецидивировании РПК принадлежит отторгнувшимся во время операции жизнеспособным опухолевым клеткам (локализованным по периферии опухоли – хорошо оксигенированным) и лимфогенному метастазированию. Этому способствует глубина инвазии опухоли в окружающие ткани > 5 мм, расстояние от опухоли до собственной фасции < 1 мм, экстрамуральная сосудистая инвазия. Трансформация идеологии, технического оснащения и технологии хирургических вмешательств (тотальная мезоректумэктомия – ТМЕ) за последние 15-20 лет привели к определенному нивелированию значения предоперационной крупнофракционной лучевой терапии (КЛТ, 5 Гр x 5 до СОД 25 Гр) в комбинированном лечении больных резектабельным РПК. На снижение роли предоперационной КЛТ оказали влияние и высокая радиорезистентность аденогенного рака при низкой туморицидной эффективности этого режима фракционирования, и невозможность ее проведения при прогрессировании обтурационной толстокишечной непроходимости, и нередкие лучевые реакции и осложнения, а также большая частота послеоперационной гнойной хирургической инфекции (ГХИ). Вместе с тем, соблюдение принципов ТМЕ не всегда обеспечивает желаемый качественный результат. Качество ТМЕ определяет частоту местных рецидивов (при хорошем качестве – 9%, при удовлетворительном – до 12%, при плохом – до 19%). Поэтому, до сих пор, остается актуальным комбинированный подход в лечении резектабельного РПК. Его цель – максимальное подавление агрессии опухоли до начала оперативного лечения. Известно, что развитие злокачественной опухоли, в первую очередь, определяется ее ангиогенезом. Опухоль бурно растет там, где она непосредственно прикасается к артериальному руслу. Как следствие – обильная периферическая васкуляризация с выраженной оксигенацией опухолевых клеток и их выраженная способность к пролиферации. Очевидно, что современная клиническая онкология не может себе позволить игнорировать предоставленную ей возможность избирательного непосредственного эндovasкулярного воздействия на сосудистую сеть большинства опухолей человека, в том числе и при РПК. В настоящее время известно два метода комбинированного лечения резектабельного РПК с использованием эндovasкулярных технологий. Первый – предоперационная эндovasкулярная радиомодификация опухоли метронидазолом (в бассейне верхней ректальной и внутренних подвздошных артерий) с последующей высокодозной лучевой терапией разовой очаговой дозой 13 Гр (РМ МЗ+ВЛТ РОД 13 Гр). Второй – предоперационная масляная химиоэмболизация ректальных артерий (МХЭ РА-процедура RACHEL), которая полностью исключает риск лучевых реакций и осложнений. Однако, имеющиеся публикации, касающиеся использования МХЭ РА при злокачественных опухолях прямой кишки (ПК) единичны и противоречивы. Это определило потребность детального изучения результатов, места и роли RACHEL procedure в комбинированном лечении резектабельного рака ПК. Цель исследования Оценить непосредственные и 5-летние результаты комбинированного лечения больных резектабельным РПК с использованием в предоперационном периоде эндovasкулярной процедуры RACHEL, сравнить их с хирургическим и различными методами предоперационной лучевой терапии. Материалы и методы Анализированы результаты комбинированного метода лечения у 40 больных резектабельным РПК (IIA-III стадии: T3N0M0 – T4N0M0 / IIIA-IIIВ стадии: T1-2N1M0 – T3-4N1M0) (ESMO, 2010, 5 версия) с неoadьювантной эндovasкулярной процедурой RACHEL (исследуемая группа – ИГ). С целью сравнения полученных результатов в ИГ

сформировано 3 группы клинического сравнения (ГКС): ГКС 1 (n=40) – хирургическое лечение, ГКС 2 (n=40) – предоперационная КЛТ СОД 25 Гр + радикальная операция (через 24-48 часов, ГКС 3 (n=40) – предоперационная эндоваскулярная РМ МЗ+ВЛТ РОД 13 Гр + радикальная операция (через 20-24 часа). Все группы сопоставимы по полу, возрасту, локализации опухолей в ПК, морфологии, степени дифференцировки, стадиям онкопроцесса и объему оперативных вмешательств (R0). В ИГ на предоперационном этапе выполняли МХЭ РА 5-фторурацилом (5-ФУ, 1000-2000 мг) на липиодоле (8-10 мл). Эндоваскулярный доступ – трансфemorальный по Сельдингеру. Анестезия – местная, в месте пункции бедренной артерии. Контрасты – Ультравист / Омнипак. Микрокатетры – TERUMO, 4F. Эмболы – гемостатическая губка / спирали Гиантурко. Химиоэмболизацию проводили в бассейне верхней ректальной артерии (ВРА) – при локализации опухоли в верхней ампуле. При локализации в средней и нижней ампуле – одновременно в бассейне ВРА и внутренних подвздошных артерий (ВПА). Оперировали пациентов через 72 часа после эндоваскулярной процедуры. Сфинктеро-сохраняющие операции (передне-нижняя резекция ПК / брюшно-анальная ПК с С-колопластическим резервуаром) выполнены в ИГ у 31/40 (77,5%) пациента. В ГКС 1, 2 и 3 (соответственно) – в 75,0%, 70,0% и 72,5% случаев. Функционально-сохраняющие вмешательства (брюшно-промежностная экстирпация ПК / интерсфинктерная брюшно-анальная резекция ПК) с формированием неоректума, неосфинктера, промежностного неануса в ИГ, ГКС 1, 2 и 3 (соответственно) – 22,5%, 25,0%, 30,0%, 27,5%. Все операции открытые – по технологии ТМЕ, с высокой перевязкой нижне-брыжеечных сосудов, лимфодиссекцией D2, без латеральной лимфодиссекции. В ИГ до операции оценивали течение постэмболизационного периода. Факт присутствия 5-ФУ в ткани опухоли, его концентрацию и скорость элиминации определяли методом флюоресцентной микроскопии и спектрофотометрии. В ИГ и ГКС 2, 3 исследовали результаты лечебного патоморфоза в аденокарциномах, степень апоптоза и экспрессии пролиферации (иммуногистохимия). Во всех группах – частоту интраоперационной микроскопической диссеминации раковых комплексов, послеоперационной гнойной хирургической инфекции (ГХИ) и ее характер, показатели летальности. Отдаленные результаты прослежены у 109/120 больных (90,8%) в сроки до 5 лет. В сравниваемых группах регистрировали частоту местных рецидивов (в течение 3-х лет), общую и безрецидивную 5-летнюю выживаемость. Статистическую обработку результатов исследования проводили с использованием методов параметрической и непараметрической статистики, критерия Стьюдента для независимых и зависимых выборок. Для сравнения качественных показателей – критерий Пирсона, количественных – критерий Манна–Уитни. Для определения корреляции между количественными и порядковыми признаками – коэффициент ранговой корреляции Спирмена. Различия считали достоверными при $p < 0,05$. Расчеты проводились с использованием пакета статистических программ Statistica 6.0 (StatSoft, Inc.) Результаты и обсуждение Постэмболизационный период (в ИГ): системных осложнений и реакций при МХЭ РА не зарегистрировано. Выраженные явления постэмболизационного болевого синдрома отсутствовали. Местных осложнений (некроз ПК, парапроктит, перитонит, перфорация артерии, аневризма) не было. Гематома в месте пункции бедренной артерии – 1/40 случаев (2,5%). Флюоресцентная микроскопия и спектрофотометрия (в ИГ): средняя концентрация 5-ФУ в ткани опухоли через 72 часа составила 218,7 мкг/г. При визуализации клеточной фракции опухоли выявлено активное включение 5-ФУ как в цитоплазме, так и в структурах ядра и ДНК – признак разрушения ее структуры и летального или сублетального повреждения клеток опухоли. Что было характерно и при депонировании метронидазола в ГКС 3. Быстрой элиминации химиопрепарата препятствовала окклюзия локального артериального кровотока и липиодол. Микроскопическая диссеминация, патоморфоз опухоли, лучевые реакции: частота интраоперационной микроскопической диссеминации в ИГ составила 15,0%. При этом клетки свободных раковых комплексов были с сублетальными и летальными повреждениями. В ГКС 1, 2 и 3 (соответственно) –

27,5%, 20,6% и 13,6%. Показатели в ИГ и ГКС 3 – без достоверных различий ($p > 0,05$), но достоверно отличались от показателей в ГКС 1 и 2 ($p < 0,05$), что свидетельствует о достаточной эффективности эндоваскулярных вмешательств. Патоморфоз опухолей после МХЭ РА (в ИГ) III степени выявлен в 33/40 (82,5%) случаях, II степени – в 7/40 (17,5%), по эффективности сопоставим с показателями в ГКС 3 (после РМ МЗ+ВЛТ РОД 13 Гр, соответственно – в 83,3% и 16,7%), в 1,5 и 1,7 раза (соответственно) зарегистрирован чаще, чем в ГКС 2 (после КЛТ СОД 25 Гр, соответственно – в 52,4% и 47,6%) ($p < 0,05$). Без достоверности отличий показателей в ИГ и ГКС 3. Отсюда следует, что процедура RACHEL достаточно конкурентно способна неoadьювантным лучевым технологиям. Частота лучевых реакций в ГКС 3 (16,6%) – меньше, чем в ГКС 2 на 4,7% ($p < 0,05$). В ИГ они исключены (отсутствует лучевой компонент лечения). Иммуногистохимия: показатель апоптоза (ИМ TdT) после МХЭ РА составил $7,02 \pm 0,2$ (в ГКС 1, 2 и 3, соответственно – $0,78 \pm 0,12$, $4,68 \pm 0,15$ и $7,75 \pm 0,2$). Лучевые и эндоваскулярные технологии привели к значительному усилению апоптоза (в ИГ, ГКС 2 и 3 по сравнению с показателями группы хирургического лечения, соответственно – в 6, 10 и 9 раз), однако его выраженность после КЛТ СОД 25 Гр – в 1,7 раза ниже, чем после РМ МЗ+ВЛТ РОД 13 Гр и МХЭ РА. Показатель экспрессии пролиферации (ИМ PCNA) после процедуры RACHEL составил $39,15 \pm 0,27$ (в ГКС 1, 2 и 3, соответственно – $82,08 \pm 0,28$, $55,21 \pm 0,24$ и $35,62 \pm 0,23$). КЛТ СОД 25 Гр, РМ МЗ+ВЛТ РОД 13 Гр и МХЭ РА привели к усилению экспрессии пролиферации по сравнению с показателями в ГКС 1, соответственно в 1,5, 2,3 и 2,1 раза ($p < 0,01$). Полученные результаты в ИГ и ГКС 3 достоверно не отличались. Клинические результаты: ГХИ при использовании МХЭ РА составила 4/40 (10,0%) случаев (в ГКС 1, 2 и 3, соответственно – 7,5%, 20,0% и 15,0%), без достоверных отличий между показателями в ИГ и ГКС 1. Таким образом использование лучевых технологий в предоперационном периоде увеличивает риск послеоперационной ГХИ. Послеоперационная летальность в ИГ и ГКС 1, 2, соответственно составила – по 2,5% (по 1/40 случаю ($p > 0,05$)). После РМ МЗ+ВЛТ РОД 13 Гр – не зарегистрирована. Частота местного рецидивирования (вне зависимости от стадии) в ИГ – у 1/39 пациента (2,6%), в ГКС 3 – у 1/40 (2,5%), без достоверных отличий ($p > 0,05$), в 2,8 раза реже, чем в ГКС 2 – у 3/39 больных (7,7%) и 5 раз реже, чем в ГКС 1 – у 5/38 пациентов ($p < 0,01$). Общая (ОВ) и безрецидивная (БРВ) 5-летняя выживаемость после хирургического лечения, комбинированного с предоперационной КЛТ СОД 25 Гр, РМ МЗ+ВЛТ РОД 13 Гр и процедурой RACHEL составила, соответственно: ОВ – 75,7%, 80,6%, 92,1% и 89,7%; БРВ – 70,2%, 77,8%, 86,8% и 84,6% (Log-Rank Test, $p = 0,003$). Выводы Предоперационная МХЭ РА (процедура RACHEL) в комбинированном лечении больных РПК обладает достаточно высокой туморицидной эффективностью, относительно безопасна, позволяет выполнять сфинктеро- и функционально-сохраняющие вмешательства, не увеличивает риск развития послеоперационной ГХИ и летальности. В сочетании с технологией ТМЕ обеспечивает значительную абластичность хирургического вмешательства, достаточно низкую частоту местного рецидивирования и высокую 5-летнюю общую и безрецидивную выживаемость и может конкурировать с известными методами предоперационной лучевой терапии в комбинированном лечении рака прямой кишки.

33.РЕДКОСТЬ КЛЕБСИЕЛЛЕЗНОЙ ЭТИОЛОГИИ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА У ДЕТЕЙ И ТРУДНОСТИ ЕГО РАСПОЗНАВАНИЯ ПРИ АТИПИЧНОМ РАСПОЛОЖЕНИИ ЧЕРВЕОБРАЗНОГО ОТРОСТКА

Гисак С.Н., Черных А.В., Вечеркин В.А., Кокорева С.П., Авдеев С.А., Глаголев Н.В. , Складорова Е.А. , Баранов Д.А., Шестаков А.А

Воронеж

ФГБУ ВО «Воронежский государственный медицинский университет им. Н.Н.Бурденко» МЗРФ, ОБГУЗ ВО ОДКБ №2 г. Воронежа.

Цель исследования установить частоту клебсиеллезной этиологии острого аппендицита у детей и особенности его клинического течения при атипичном расположении червеобразного отростка, совершенствовать способы раннего дифференциального диагноза воспаления отростка от кишечной инфекции. Материал и методы: клебсиеллезная этиология аппендицита в стадии гнойного аппендикулярного перитонита выявлена бактериологически лишь у 7(5,9%) этих больных детей. в целом, за истекшее пятилетие. Всем этим 7 больным детям, в возрасте от 2 лет 3 месяцев до 14 лет, (4 мальчикам, 3 девочкам) выполнен бактериологический посев выпота брюшной полости, подтвердивший интраоперационно диагноз гнойного аппендикулярного перитонита. У всех 7 больных детей, бактериологической культурой роста возбудителей гнойно - перфоративного аппендицита, гнойного перитонита обнаружилась -*Klebsiellae oxytoca*. Она была идентифицирована с применением компьютерной бактериологической диагностики при помощи баканализатора Labsystems iEMS Reader MF с использованием коммерческих микротест-систем, и программы «Микроб-автомат». Определение чувствительности *Klebsiellae oxytoca* к антибиотикам осуществлялось методом серийных разведений и диффузионным методом, который включал 2 модификации – диско-диффузионный и E-тест. Результаты исследования и их обсуждение: гнойный аппендикулярный перитонит клебсиеллезной этиологии был диагностирован у анализируемых 7 детей уже в стадии гангренозно-перфоративного аппендицита, разлитого гнойного воспаления брюшины. Подтвержденный бактериологически возбудитель заболевания - *Klebsiellae oxytoca*, был обнаружен у 4 мальчиков и у 3 девочек. Больные были в возрасте до 4 лет- 3 детей и от 10 до 14 лет – 4 детей. Заболевание было диагностировано уже после 48 -72 часов от начала болезни. Перитонит был местным у 4 детей и разлитым –у 3 других больных, ретроцекальное расположение червеобразного отростка обнаружилось у 4 больных и тазовое -у 3 детей (что установлено интраоперационно). У них, педиатры и хирурги, лечившие этих больных на протяжении 4-5 дней , не прогнозировали развития острого аппендицита по причине выраженной у детей клебсиеллезной диарреи. В целом, причиной отсутствия ожидания острого аппендицита у этих детей явилось то, что клебсиелла у них все еще традиционно известна как возбудитель гастроэнтерита, гастроэнтероколита, энтероколита, энтерита. Лишь в последние годы, условно патогенная клебсиелла (*Klebsiellae oxytoca*), стала известна у детей как экстракишечная инфекция и нами установлена бактериологически как возможный возбудитель клебсиеллезного аппендицита, перитонита. У обсуждаемых 7 детей различного возраста, поздняя диагностика аппендицита в стадии гнойного аппендикулярного перитонита так же была обусловлена не только отсутствием ожидания педиатрами и хирургами острого аппендицита клебсиеллезной этиологии. Все эти трудности диагностики острого аппендицита у детей развивались при атипичном расположении червеобразного отростка и атипичном клиническом течении болезни-диаррейном синдроме. Выводы: Трудности диагностики заболевания у анализируемых 7 детей связаны с атипичным расположением червеобразного отростка (тазовое-4 и ретроцекальное-3), при атипичном течении аутоэнтерогенного клебсиеллезного заболевания- острого аппендицита. Диаррейный синдром и редкое атипичное течение острого аппендицит клебсиеллезной этиологии у ребенка относится к числу трудно дифференциально диагностируемых болезней . У больных детей особенно трудно

дифференцировать в случаях причину болезни при сочетании с атипичного расположения аппендикса с диаррейным синдромом. Установлено, что успешность диагностики болезни на ранних стадиях до развития перитонита, обеспечивает детям неотложное применение: УЗИ, диагностической лапароскопии, РКТ, лабораторных компьютерных технологий. Исход лечения всех 7 детей больных острым аппендицитом, осложненным гнойным клебсиеллезным аппендикулярным перитонитом закончился в условиях специализированной детской хирургической клиники - полным выздоровлением.

34. Влияние постгастрорезекционных патологических процессов на качестве операции у больных перенесших резекции желудка по поводу язвенной болезни.

Исаев Г.Б., Кязимов И.Л., Гусейнзеде А.Г.

Баку, Азербайджанская Республика

Научный Центр Хирургии им. академика М.А.Топчубашова

Введение: Несмотря на достижения современной гастроэнтерологии и фармакологии, процент осложненных форм язвенной болезни желудка и 12 перстной кишки сохраняется на прежнем уровне, которые являются абсолютным показанием к хирургическому лечению. Следует отметить, что независимо от характера оперативного вмешательства, предпринимаемые при язвенной болезни, примерно в 10-15% случаев могут развиваться болезненные расстройства так называемые "болезни оперированного желудка". Целью исследования являлось определение влияния развившихся постгастрорезекционных патологических процессов на качество операции у больных, перенесших резекцию желудка по поводу язвенной болезни. Материал и методы исследования: нами после резекции желудка (РЖ) в отдаленном постоперационном периоде обследованы 95 пациентов; 65(68,4%) из исследуемых пациентов были оперированы по поводу язвенной болезни двенадцатиперстной кишки, а 30(31,6%) - по поводу язвенной болезни желудка. 62(65%) больных находились в возрасте 41-60 лет. Средний срок после операции у оперированных по методу Бильрот I составил $5,9 \pm 5,4$ год, а по методу Бильрот-II $7,8 \pm 5,1$ год. Из 65 больных с язвой 12-перстной кишки в 15(23%) случаях применен метод Бильрот -I, а у остальных 50(77%) больных- Бильрот-II. Протокол обследования включал в себя общепринятые клинико-лабораторные, бактериологические, морфологические и инструментальные исследования. Кислотопродуцирующую функцию культи желудка определяли путем рН-метрии желудочного содержимого. Во время фиброгастроскопии выполняли прицельную биопсию для тестирования на *Helicobacter pylori* и для морфологического исследования. Тестирование на *Helicobacter pylori* выполняли цитологическим и "селективный уреазный" тестом. Качество перенесенной операции определяли по шкале А. Н. Visick (10) в модификации Ю. М. Панцырева и А. А. Гринберга (4). Статистическая обработка всех полученных данных произведена на персональном компьютере Intel® Pentium 4® HT 3,00 GHz методами вариационной и корреляционной статистики/ Обсуждение полученных результатов: у 95 пациентов инвазия с *Helicobacter pylori* выявлена у 74(77,9%) пациентов, анастомозит -у 31(32,6%), еюно-гастральный рефлюкс у 59(62,1%), гастро-эзофагеаль рефлюкс у 12(12,6%), острый гастрит у 2(2,1%), хронический гастрит- у 85(89,5%), пептическая язва- у 2(2,1%) пациентов. У 44 (46,3%) пациентов кислотообразовательная функция культи желудка

была сохранена в той или иной степени. Из обследованных 95 пациентов у 74(77,9%) на слизистой культи желудка был выявлен *Helicobacter pylori*. У 7 (7,4%) из указанных пациентов отмечалась слабая инвазия (+), у 19(20%) инфицированность *Helicobacter pylori* средней степени (++) а у 48(50,5%) пациентов высокая степень инвазивности *Helicobacter pylori* (+++). Только у 21 (22,1%) пациентов инвазивность *Hp* не установлена. У 20 пациентов с гиперхлоргидремией отмечалась высокая степень инвазивности *Helicobacter pylori*. В то же время у 51(53,7%) пациентов с отсутствием кислотообразовательной функции культи желудка у 21(41,2%) пациентов инвазия с *Helicobacter pylori* не выявлена. У всех 44 пациентов с сохраненной кислотообразовательной функцией выявлена инвазия слизистой культи желудка с *Helicobacter pylori*. Морфологическое исследование биоптатов в 85(89,5%) случаях из 95 –и выявили признаки характерные для хронического, а у 2(2,1%) пациентов для острого гастрита; у 8(8,4%) пациентов в слизистой оболочке морфологических изменений не обнаружили. У 8 пациентов с отсутствием морфологических изменений в слизистой инвазии с *Helicobacter pylori* отсутствовала; у 2-х пациентов с морфологическими изменениями в виде острого гастрита выявляли высокую степень инвазивности с *Helicobacter pylori* (у этих пациентов была обнаружена пептическая язва гастро-энтероанастомоза). При наличии морфологических признаков хронического гастрита у 45,9%-пациентов была высокая степень (+++) инвазивности *Helicobacter pylori*; у 17,6% пациентов выявлена средняя (++) инвазии; у 5,9%- слабая степень (+) инвазии; а у 30,6% пациентов из этой группы инвазия с *Helicobacter pylori* не была установлена. Таким образом воспалительные процессы в слизистой культи желудка в 69,4% случаях сопровождалась инвазией *Helicobacter pylori*. При эндоскопических и рентгенологических исследований среди 52(62,1%) пациентов, оперированных по Бильрот-II, отмечали еюно-гастральный рефлюкс, у 31(32,6%) воспалительные изменения области гастро-энтероанастомоза, а у 2(2,1%) пациентов пептическая язва анастомоза. В то же время среди 20 пациентов перенесших операции по Бильрот-I дуодено-гастральный рефлюкс легкой степени (заброс желчи в культи желудка) наблюдались у 2-х пациентов. У пациентов с хорошим и отличным качеством проведенной операции не было выявлено заброса содержимого кишечника в культи желудка, то есть не было еюно-гастральный рефлюкс(ЕГР) и дуодено-гастральный рефлюкс(ДГР). На основании проведенных исследований качества операции после резекции желудка в отдаленном периоде по шкале Visick у 10(10,5%) пациентов из 95-и оперированных больных результат оценен как «Отличный». Среди указанных пациентов по методу Бильрот-I было оперировано 7(35%), а по Бильрот –II 3(4%) пациентов. У 1-го пациента выявлена легкая степень еюно-гастрального рефлюкса; у 2-х гипертрофия складок культи желудка, у 1-го из которых в слизистой анастомоза определялась гиперплазия. Исходя из этого, можно утверждать, что гипертрофия складок культи желудка и гиперплазия слизистой не влияет на качество операции. «Хорошее» качество операции по шкале Visick установили у 50(52,6%) пациентов [после операции по Бильрот-I у 13(65%); по Бильрот-II у 37(49,3%)]; среди них у 24(48%)- отмечался легкой степени еюно-гастральный рефлюкс. Кроме того, у 10 из указанных пациентов на слизистой 12 перстной кишки, а у 5 на слизистой гастро-дуоденального анастомоза отмечалась легкая степень серозита. В этой группе у 6 пациентов из 50 –и была установлена гиперплазия в области анастомоза, а в 5 случаях утолщение складок культи желудка и гастро-эзофагальный рефлюкс - в 2-х случаях. По нашему мнению на качество операции в этой группе повлиял ЕГР, который имел место у 48% пациентов; на этом фоне у них выявлена инвазия *Helicobacter pylori* и гиперхлоргидремия. Среди 50 пациентов, у которых качество операции после резекции желудка была оценена как «хорошо», в 13(26%) случаях в слизистой оболочке культи желудка инвазия *Helicobacter pylori* не выявлена; а у остальных 37(74%) пациентов инвазия *Helicobacter pylori* выявили. У 6(12%) из указанных пациентов отмечалось слабая степень(+) инвазивности с *Helicobacter pylori*, у 17(34%)- средней степени(++) , а у

14(28%) пациентов высокая степень инвазивности (+++) . У 30(31,6%) пациентов, качество операции оценили «удовлетворительно» .Все они были оперированы по Бильрот- II; среди которых легкая степень ЕГР выявлен у 4-х, средняя тяжелая-у 21,а тяжелая степень у 5 пациентов, Восполнительные изменения слизистой оболочки анастомоза отмечено у 23-х из указанных 30-и пациентов, а у 7пациентов была также поражена в слизистая оболочка отводящей кишки . Среди 5(5,3%) пациентов, у которых качество операции по шкале Visik оценивали как «неудовлетворительное» выявили тяжелую степень ДГР и гастро-эзофагальный рефлюкс(у 3-х пациентов). У 30 пациентов с качеством операции с «удовлетворительным» и у 5-и пациентов с «неудовлетворительным» качеством операции инвазивность Helicobacter pylory слизистой оболочки культи желудка была высокой(+++). Таким образом у пациентов с «отличной» оценкой качества операции в 90% случаях инвазии с Helicobacter pylory не была; а у 10% была выявлена слабая степень инвазивности с Helicobacter pylory . При «хорошем» качестве операции в 36% случаях инвазивность с Helicobacter pylory отсутствовала; только у 28% пациентов была обнаружена высокая степеь инвазивности. В то же время у пациентов с «неудовлетворительным» качеством операции в 100% случаях отмечалась высокая степень инвазивности с Helicobacter pylory. Подытоживая вышесказанное можно придти к нижеследующим выводам: 1. В отдаленном периоде после резекции желудка по Бильрот-I «отличные»качества операции наблюдаются у 35%, а «хорошие» у 65% пациентов. После операций по Бильрот-II «отличные»качество операции наблюдаются у 4%, «хорошие» у 65% , «удовлетворительные» у 40% и «неудовлетворительные» у 6,7% пациентов . 2.После резекции желудка по поводу язвенной болезни в отдаленном периоде на качество операции влияют такие постгастрорезекционные процессы как хронический гастрит культи желудка (89,5%),наличие инвазии с Helicobacter pylori (77,9%) , еюно-гастральный рефлюкс- (62,1%), сохраненная кислотообразовательная функция культи желудка в той или иной степени (46,3%), анастомозит (32,6%), гастро-эзофагальный рефлюкс (12,6%), острый гастрит (2,1%) и пептическая язва анастомоза.(2,1%) . 3. Оценка качества операции в отдаленном периоде у больных после резекции желудка по поводу язвенной болезни может рассматриваться в качестве одного из основных критериев успешности лечения.

35.Третичный перитонит – точка «невозврата» при лечении вторичного перитонита

Щеголев А.А. (1), Чевокин А.Ю. (2,1), Товмасын Р.С. (1), Варнавин О.А.(2), Плотников В.В.(2)

Москва

1) ФГБОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России 2) ГБУЗ ГКБ им. Ф.И. Иноземцева ДЗ города Москвы

Актуальность В последние годы в хирургической практике прочно обосновался термин третичного перитонита, дефиниции которого не вполне конкретны. Принципиальное отличие вторичного перитонита от третичного заключается в том, что клиника вторичного перитонита обусловлена защитной реакцией организма, в то время как третичный перитонит, по мнению большинства авторов, рассматривается, как неспособность защитных сил организма больного сформировать адекватную реакцию на развивающийся

инфекционный процесс в брюшной полости. Материал и методы исследования Проведен ретроспективный анализ результатов лечения 32 больных вторичным распространенным гнойным перитонитом, причиной которого явились острые хирургические заболевания и травмы органов брюшной полости. Всем больным в качестве первичного вмешательства выполнялась лапаротомия с ликвидацией источника перитонита, формированием лапаростомы и последующими релапаротомиями «по программе». Стратификация и мониторинг больных проводились на основании Мангеймского индекса перитонита (МИП) и шкалы оценки органной недостаточности по SOFA. Результаты лечения больных оценивались по следующим показателям: летальность, средний койко-день и динамика органной недостаточности по шкале SOFA. Далее, построен простой математический ряд в зависимости от сроков закрытия лапаростомы и статистическими методами проанализирована зависимость результатов лечения от сроков закрытия лапаростомы. Полученные результаты При анализе методом ранговой корреляции обнаружен резкий скачок летальности в группе больных, у которых закрытие лапаростомы удалось выполнить только позже 72 часов от момента первичного вмешательства (18 больных), что потребовало проведения неоднократных плановых санаций брюшной полости. Необходимо подчеркнуть, что у всех 8 умерших пациентов этой группы плановые реоперации, выполняемые после 72 часов от первого оперативного вмешательства, начиная с определенного этапа, уже не выявляли какой-либо положительной динамики в течении вялотекущего перитонита, а у 3 умерших больных вообще не удалось закрыть лапаростому. Многофакторный дисперсионный анализ результатов лечения показал, что лучшие результаты лечения по всем трем показателям достигнуты в группе больных, у которых удалось ликвидировать лапаростому в сроки до 72 часов от первичного вмешательства (14 больных). Летальность в первой группе составила 44,4% (8 больных), во второй группе – 21,4% (3 больных). Разница результатов лечения по совокупности трех показателей в группах оказалась достоверной (U-критерий Вилкоксона-Уитни-Мана). Обсуждение Таким образом, анализ результатов исследования показал, что срок 72 часа от момента первого вмешательства при продолжающемся перитоните, возможно, является тем краеугольным камнем, который, с одной стороны, свидетельствует о развитии принципиально иного патологического процесса в брюшной полости – третичного перитонита; с другой стороны – сигнализирует о том, что возможности традиционной лапаростомы уже исчерпаны. Полученные данные определенным образом свидетельствуют о том, что при развитии третичного перитонита дальнейшие релапаротомии «по программе» перестают носить лечебную нагрузку, даже при сохраняющихся макроскопических признаках продолжающегося перитонита, поскольку в условиях инверсии микробиологического спектра возбудителей на условно патогенную «третичную» флору, традиционная санация брюшной полости теряет свою актуальность. В этих условиях, дальнейшие релапаротомии, в силу своей высокой инвазивности, играют негативную роль в прогрессировании органной недостаточности и ухудшают результаты лечения больных в целом. Выводы и рекомендации При развитии резидуального третичного перитонита целесообразно прекращение программных санаций брюшной полости в классическом виде и поиск новых методов «открытого» лечения перитонита с применением методик вакуумной аспирации. Определенные перспективы могут быть связаны с использованием препаратов серотонина, являющегося мощным эндогенным регулятором желудочно-кишечного тракта.

Щеголев А.А. (1), Чевокин А.Ю. (2,1), Товмасын Р.С. (1), Мурадян Т.Г.(1), Шейхов Т.Г. (1)

Москва

1) ФГБОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России 2) ГБУЗ ГКБ им. Ф.И. Иноземцева ДЗ города Москвы

Материал и методы исследования: 124 пациента, находившихся на лечении в ГКБ Ф.И. Иноземцева ДЗ города Москвы за период с января 2008 по декабрь 2016 года с диагнозом «изолированная или сочетанная закрытая абдоминальная травма» с выявленным при обследовании и лечении посттравматическим панкреатитом. Средний возраст пациентов составил $37,3 \pm 6,8$ лет. Мужчин - 83 (66,9%), женщин - 41 (33,1%). Основным механизмом получения травмы была кататравма - ДТП, падение с высоты и избиение. Сочетанная травма - 59 пациентов (47,6%). Изолированная абдоминальная травма - 65 пациентов (52,4%). Специфическими методами диагностики посттравматического панкреатита были: исследование альфа-амилазы крови и диастазы мочи, ЭРПХГ (5 случаев), МРПХГ (10 случаев). Показаниями к ЭРПХГ и МРПХГ была КТ-картина разрыва паренхимы поджелудочной железы с подозрением на травму главного панкреатического протока. Результаты исследования: тактика лечения и маршрутизация больных определялась первичной стратификацией больных на основании международной классификации травмы поджелудочной железы AAST по 5 степеням. У большинства пациентов (112) диагностирована травма I-II степени, у 11 больных – травма III степени и у 1 больного – травма IV степени. Случаев травмы поджелудочной железы V степени в настоящем исследовании не представлено. Консервативное лечение выполнено 82 пациентам (66,1%). Это были пациенты с травмой поджелудочной железы I-II степени. Сюда же включены пациенты, которым проводилось дренирование первичных и вторичных жидкостных образований поджелудочной железы и парапанкреальной клетчатки под УЗ-контролем. Диагностическая лапароскопия выполнена 24 пациентам (19,3%). Это были, исключительно, пациенты с сочетанной травмой, у которых по данным УЗИ гемоперитонеум оценивался как «умеренный» (до 1000 мл). По данным лапароскопии диагностированы травмы поджелудочной железы I-II степени. Случаев травмы поджелудочной железы III-V степени по данным лапароскопии не было выявлено. Случаев конверсии лапароскопии на лапаротомию по поводу травмы поджелудочной железы не отмечено. Лапаротомия выполнена 18 пациентам (14,5%). У 5 пациентов диагностирована травма хвоста поджелудочной железы I-II в ходе выполнения спленэктомии. У этих пациентов диагноз посттравматического панкреатита был впоследствии подтвержден лабораторно. Объем операции заключался в дренировании поджелудочной железы и парапанкреального пространства. 12 пациентом производилась корпорокаудальная резекция поджелудочной железы по поводу травмы III степени, которая была диагностирована еще до операции по данным ЭРПХГ или МРПХГ. У одного больного во время лапаротомии диагностирована травма поджелудочной железы IV степени и выполнена операция в рамках damage control. Повторная операция не выполнена из-за летального исхода в первые часы после операции, в том числе, по причине сочетанных повреждений (тяжелая ЧМТ и травма таза). Умерли 24 пациента, общая летальность составила 19,5%. Непосредственно от травмы поджелудочной железы умерли 4 пациента (5%). Послеоперационная летальность составила 22,2%. Обсуждение выводы и рекомендации. Стратификация больных согласно классификации травмы поджелудочной железы по AAST, основанной на наличии или отсутствии травмы ГПП, позволила существенно оптимизировать маршрутизацию больных с травмой поджелудочной железы и сократить сроки оперативного вмешательства с момента поступления в стационар. В свою очередь, внедрение в клиническую практику МСКТ-ангиографии, ЭРПХГ и, в особенности, МРПХГ, позволило значительно повысить

точность диагностики травмы ГПП и улучшить результаты лечения этой группы больных. Этой цели способствовало также применению октреотида в дозировке 600-1200 мг/сутки в зависимости от степени тяжести травмы поджелудочной железы. Вышеизложенное позволяет рекомендовать алгоритм диагностики и лечения, основанный на классификации травмы поджелудочной железы по AAST для оптимизации результатов лечения данной категории больных.

37. Fast track хирургия в лечении дефектов тканей при синдроме диабетической стопы

Корейба К.А. (1,2), Комаров А.Н. (2), Габитов Р.Б. (2)

1) Казань, 2) Москва

1) Казанский ГМУ 2) "Клиническая больница" Управления делами Президента РФ

Цель. Улучшение качества лечения раневых дефектов кожи и мягких тканей, внедрение в клиническую практику и изучение эффективности новых научных разработок путем применения биопластических коллагеновых материалов (патент №2423118 от 10.07.2011 г. РОСПАТЕНТ ФГУ ФИПС РФ; патент №2549459 от 30.03.2015 г. РОСПАТЕНТ ФГУ ФИПС РФ), повышение продуктивности хирургического пособия при данной патологии. Материалы и методы. На основании данных обследования больные распределялись на две когорты: 1) пациенты с нейроишемической формой СДС с уровнем хронической артериальной недостаточности (ХАН) III-IV ст. по классификации Фонтейн-Лериша-Покровского и требующие незамедлительной артериальной реконструкции; 2) пациенты с нейроишемической формой СДС с уровнем ХАН I-II ст., с трофическими поражениями мягких тканей, без показаний к реваскуляризации. Реконструкция магистрального артериального русла проводилась на базе отделения сосудистой хирургии и отделения рентгенохирургических методов диагностики и лечения. Следующим этапом в лечении больных с язвенными дефектами нижних конечностей при нейроишемической форме синдрома диабетической стопы являлся дебридмент дефекта (ультразвуковая гидрохирургическая обработка). Этот этап был идентичен для обеих выделенных групп пациентов. Больные первой группы проходили его после сосудистой реконструкции. После очищения раневого дефекта, проводили имплантацию в ткани раны биопластического материала на основе нативного коллагена I типа – «коллост». Использование биопластических материалов на основе коллагена I типа обусловлено пониманием патоморфологических процессов образования раны и причины хронизации раневого процесса у больных сахарным диабетом. При нейроишемической форме синдрома диабетической стопы нарушается взаимоотношение белковых фракций, а именно дезорганизация коллагена, имеющего исключительно важное значение в течении репаративно-пролиферативной фазы раневого процесса. Нарушается физиологическое течение раневого процесса, происходит хронизация язвенного дефекта и развитие раневой кахексии, что непременно приводит к нарушению обменных процессов в ране, длительному течению, снижению реактивности, отсутствию тенденции к самостоятельной эпителизации. Для имплантации мы использовали данный материал в виде 7% или 15% геля. Введение биоматериала технически осуществляется на фоне «чистого раневого поля» на выходе иглы. Таким образом, создается тоннель, заполняемый материалом «коллост». перевязки после имплантации производили в среднем 1 раз в 3-5 дней. Перевод

больных на амбулаторное наблюдение осуществлялся на 5-7 сутки с момента имплантации биоматериала «коллост». Расчет абсолютной площади раневого дефекта при данном методе сложен в связи с тем, что при применении биоматериала «коллост» эпителизация происходит не только от «периферии к центру», как при физиологичном течении раневого процесса, но и от «центра к периферии», в местах введения в рану нативного коллагена 1-го типа. Этот фактор предопределил увеличение относительной скорости заживления раневого дефекта (RSH). Относительная скорость заживления ран определялась с помощью формулы: $RSH = (1 - S1/S0) \cdot 100\%$, где S1 – площадь язвы через определенное количество дней после имплантации биоматериала, S0 – первоначальная площадь язвы. Результаты: 1. Увеличилась относительная скорости заживления раневого дефекта (RSH), 2. Эпителизация раневого дефекта начиналась на $10,3 \pm 2,8$ сутки. 3. Ни в одном случае применения данного препарата нами не было отмечено гипертрофического рубцевания, 4. На 20% сократилось среднее время пребывания пациентов в круглосуточном стационаре. Выводы: 1. Некрэктомия методом ультразвуковой гидрохирургической обработки является наиболее эффективной в отношении раневой биопленки, гнойно-фибринозного налета, девитализированных тканей. 2. Применение биопластического материала «коллост» у больных с дефектами тканей при синдроме диабетической стопы увеличивает скорость заживления раневого дефекта. 3. Данная методика позволяет сократить среднее пребывание больного в круглосуточном стационаре, с переводом его на лечение в условиях дневного стационара или амбулаторное наблюдение.

38. Диагностический алгоритм в дифференциальной диагностике форм синдрома диабетической стопы

Корейба К.А. (1,2), Корейба Е.А.(1), Корейба В.К.(1)

1) Казань, 2) Москва

1) Казанский ГМУ 2) ФГБУ «Клиническая больница» Управления делами Президента РФ, г. Москва, Россия 1) Госпиталь для ветеранов войн

Цель работы: объективно сформировать диагностический алгоритм и создать рекомендации по ускоренной верификации форм синдрома диабетической стопы в условиях стационара и амбулаторно. В настоящее время в курации больных с синдромом диабетической стопы остаются открытыми следующие задачи: 1. определение тактики «ведения», базирующейся на оптимальных методах медицинской визуализации и диагностики, 2. их этапность и своевременность. 3. формирование «дорожной карты» (технология получения информации о больном и решения вопроса о лечебной тактике) пациента с СДС, Материалы и методы: Аспекты диагностики при синдроме диабетической стопы до сих пор остаются предметом дискуссий. Специалисты амбулаторно-поликлинического звена практически исключены из процесса диагностического поиска. Это необоснованно затягивает этап диагностического поиска, зачастую расширяя его. Что приводит к «диагностической полипрагмазии». Пациенту назначается ряд исследований, не несущих адекватный информационный смысл. Вследствие этого, теряется время уже на этапе диагностики и изменения в организме больных СДС принимают характер не функциональных, а морфологических поражений.

Нами разработан и внедрен (с 2012 года) в практическую деятельность алгоритм своевременной, доступной, информативной диагностики. При обращении пациенту выполняется диагностическая программа, проводимая по принципу «от простого к сложному». Она включает в себя следующие компоненты: 1. Определение степени тяжести диабетической периферической сенсомоторной полинейропатии путем оценки имеющихся расстройств в соответствии с общепринятой шкалой нейропатического дисфункционального счета (НДС). 2. Пальпаторное определение пульсации магистральных артерий нижних конечностей (а. femoralis, a.poplitea, a. tibialis post., a. dorsalis pedis). 3. Определение уровня сатурации кислорода артериальной крови нижних конечностей – транскутанная пульсоксиметрия (SpO₂) - в области дистальных фаланг пальцев стоп. Для этой цели использовали портативный транскутанный пульсоксиметр («FungertipPulseOximeterSPO₂ MonitorDigital») 4. Рентгенография стоп (в 2-х проекциях) при наличии визуальной деформации стопы (когтевидные пальцы, уплощение свода стопы, hallus valgus) и при наличии глубоких дефектов тканей стопы. 5. Цветовое дуплексное сканирование (ЦДС) артерий нижних конечностей. Нормальными для больных с синдромом диабетической стопы считали показатели сатурации SpO₂ 90-92% и выше в области дистальных фаланг пальцев стоп. Интерпретация данных проводилась по предложенной нами схеме. После определения степени неврологического дефицита со стороны стоп и уровня сатурации кислорода пациенты были разделены на 4 когорты. Дальнейший диагностический поиск и методы лечения строились индивидуально, учитывая группу нахождения.

1. Показатели мониторинга SpO₂ равны или ниже 90 – 92 % и пальпаторно не определялась пульсация на магистральных артериях нижних конечностей. Данная картина характерна для диабетической ангиопатии, является показателем возможной критической ишемии нижней конечности. Больной направлялся на консультацию ангиохирурга для выбора дальнейшей тактики диагностики и лечения.

2. Показатели мониторинга SpO₂ равны или ниже 90-92%, но пульсация на магистральных артериях нижней конечности пальпаторно определялась. Данные показатели характерны для диабетической микроангиопатии. Пациент направлялся на ЦДС артерий нижних конечностей, с последующей консультацией ангиохирурга. Также данная картина может соответствовать склерозу Менкеберга.

3. Показатели мониторинга SpO₂ равны или выше 90-92%, пульсация на магистральных артериях нижней конечности пальпаторно определялась. Это характерно для нейропатической формы СДС. При наличии дефектов тканей стопы или ее деформации, пациент направлялся на рентгенографическое исследование.

4. Показатели мониторинга SpO₂ равны или выше 90-92%, пульсация на магистральных артериях нижней конечности пальпаторно не определялась. Данная диагностическая картина характерна для атеросклеротического поражения артерий. Больной направлялся на консультацию сосудистого хирурга, с параллельным проведением ЦДС. Цветовое дуплексное сканирование проводилось по общепринятой методике для определения: типа кровотока в артериях нижних конечностей, % стенозирования и скорости кровотока (см/с). Если в результате описанной диагностической программы у пациента не выявляли показаний для госпитализации в отделение хирургии или в отделение сосудистой хирургии и в отделение рентгенхирургических методов диагностики и лечения, то пациент проходил амбулаторные курсы консервативного лечения. Результаты и их обсуждение: акцент оценки эффективности работы рассмотрен с позиции создания единого обоснованного плана обследования пациента на этапах поликлинического и стационарного звена, включая инвазивные и неинвазивные методы. Основываясь на полученных результатах создан подход к построению терапевтических мер на всех этапах курации пациента.

Выводы: 1. Разработанный комплекс диагностических мероприятий является общедоступным, информативным и позволяет больным с СДС в кратчайшие сроки перейти от диагностического этапа к получению специализированной хирургической помощи. 2. Все звенья, предложенного алгоритма, связаны между собой принципом

«прямая-обратная связь» для оптимизации диагностической «дорожной карты» больного и достижения позитивного конечного результата.

39. Усовершенствованная методика компьютерной томографии, с комбинированным контрастированием в диагностике острого панкреатита

С.С.Манафов, А.Н.Мустафаев

Баку

Научный центр хирургии имени М.А.Топчубашова.Баку

Усовершенствованная методика компьютерной томографии, с комбинированным контрастированием в диагностике острого панкреатита С.С.Манафов, А.Н.Мустафаев Научный центр хирургии имени М.А.Топчубашова.Баку Ключевые слова: компьютерная томография, острый панкреатит, внутривенное контрастирование Актуальность. Самым информативным методом обследования в диагностике острых панкреатитов считается компьютерная томография (КТ). Однако возможности мультidetекторной КТ в диагностике панкреатитов и прогнозировании течения болезни полностью не изучены. Существуют разногласия в вопросе методики внутривенного введения контрастного вещества при использовании мультidetекторной КТ. Цель работы. Усовершенствование методики КТ с внутривенным контрастированием при острых панкреатитах. Обследования проведены на мультidetекторном компьютерном томографе (Siemens-Somatom Definition AS-64). Сканируемая область охватывала часть тела от сводов диафрагмы до пахового соединения. Первое сканирование проведено на этом фоне, затем внутривенно вводили неионное контрастное вещество (100мл 370/300 ультравист) со скоростью 2-3 мл/с. Через 25-30 минут после введения контрастного вещества (в артериальной фазе) было проведено второе, на 65-70 секундах (венозная фаза) – третье сканирование. Оценивали степень накопления контрастного вещества в ткани поджелудочной железы и проводили сканирование выбранной области. Затем полученные изображения были обработаны на компьютере. Обследование выделенной области было проводили отрезками: в артериальной фазе – на толщине 1.25 мм (шагом в 1 мм), а в венозной фазе – на толщине 3 мм, со скоростью 4.5 мм/с, с остановкой при акте вдоха. Полученные таким образом сканограммы отрезков позволяли устранить эффект «объемного усреднения» и точно определить объем и границы деталей на изображениях. Материал исследования. Обследованы в 2012-2016 годах, в НЦХ имени акад. М.А.Топчубашова, 60 пациентов с острым панкреатитом, мужчин было 52 (86,7%), женщин - 8 (13,3%). У 15 (25,0%) пациентов отмечалась отечная (абортивная) форма острого панкреатита, у 45 (75,0%) – прогрессирующая. Возраст пациентов от 19 до 68 лет. Из 60 пациентов 36 (60,0±6,3%) были молодого возраста. Обсуждение полученных результатов. Усовершенствованная методика комбинированной КТ, позволяет выделить следующие компьютерно-томографические признаки острого панкреатита. 1. Увеличение размеров, размытость контуров поджелудочной железы, диффузное или неравномерное уменьшение плотности паренхимы; диффузная или очаговая картина паренхимы при внутривенном контрастировании (отсутствие контрастирования). 2. В брюшной полости и серозных оболочках : уплотнение панкреатической ткани, увеличение плотности жировой ткани в других органах, неравномерная инфильтрация жировой ткани и наличие там газов;

утолщение листка брюшины и почечной фасции, наличие свободной или ограниченной жидкости в брюшной полости, в плевре. 3. При болюсном контрастировании, контрастное вещество скапливается в панкреатической ткани, в периферической – отсутствует. В 28% отмечается увеличение денситометрического показателя на 10-15 HU за пределами зоны инфильтрации, вдоль листка брюшины и фасциальных перегородок. 4. В других органах брюшной полости: Изменение уровня скопления контрастного вещества в селезенке, печени и мышцах; дилатация желудка, дуоденума и кишок, наличие уровня жидкости в их просветах, фистулы разной локализации, эрозия сосудов или формирование псевдоаневризм; спазм венозных сосудов. Заключение 1. Усовершенствованная методика МСКТ, с внутривенным контрастированием позволяет выявить патологические изменения, в паренхиме поджелудочной железы, окружающих ее тканях, других органах брюшной полости, прогнозировать течение болезни и осуществлять контроль за эффективностью лечения. 2. Некротические изменения в поджелудочной железе, массивная инфильтрация, скопление жидкости в парапанкреатической области и контрастного вещества в небольшом количестве в ткани железы являются КТ признаками острого некротического панкреатита.

40. Возможности мультиспиральной компьютерной томографической ангиографии в диагностике атеросклероза нижних конечностей .

Манафов С.С, Хасаева Н.Р.

Баку, (Азербайджанская Республика)

Научный Центр Хирургии им. М.А.Топчубашова

Возможности мультиспиральной компьютерной томографической ангиографии в диагностике атеросклероза нижних конечностей . Манафов С.С, Хасаева Н.Р. Научный Центр Хирургии им. М.А.Топчубашова (Баку, Азербайджанская Республика) Хронические облитерирующие заболевания аорты и артерий нижних конечностей составляют более 20% от всех видов сердечно-сосудистой патологии, что соответствует 2-3% от общей численности населения . Цель исследования : Определение диагностической значимости мультиспиральной компьютерной томографической ангиографии (МСКТА) при атеросклеротических поражениях . Материал и методы: Мультиспиральная компьютерно томографическая ангиография с применением болюсного контрастирования применялась 198 больным , 143 из которых были с атеросклеротическим поражением . Протокол исследования включал несколько фаз: а) Нативное исследование (без контрастирования). Данные нативного исследования позволяли судить об анатомии исследуемой области, помогали выявлять и оценивать кальцинаты и другие рентгенопозитивные объекты (стенды, протезы, металлические скобки и др.) б) Артериальная фаза. Для получения артериальной фазы использовались неионные контрастные препараты с содержанием йода 300-370 мг/мл («Ультравист»). Контрастный препарат вводился с помощью автоматического инъектора «Medrad» в объеме 80-100 мл со скоростью 2 мл/сек через катетер, установленный в кубитальную вену. Данная скорость введения контрастного вещества позволяла добиться оптимального контрастирования артерий нижних конечностей. До введения контрастного препарата измерялась плотность крови в брюшной аорте, которая составляла 52-60 единиц Хаусфилда (HU). Время начала

сканирования после введения контрастного препарата определялось автоматически при помощи системы «SureStart»: как только плотность в брюшной аорте достигала 120 ед. НУ, аппарат автоматически начинал сканирование. Результаты исследования: 1. МСКТА является высокоинформативной методикой в выявлении атеросклеротических поражений артерий нижних конечностей. 2. При МСКТА артерий нижних конечностей характеризуется сужения просвета сосуда в различной степени, неровностью контуров их стенки и неодинаковой выраженностью коллатеральной сосудистой сети; 3. Для атеросклеротического поражения характерны множественные сужения просвета сосудов в виде дефектов наполнения, выраженный циркулярный кальциноз и неодинаково выраженная коллатеральная сосудистая сети. Заключение: Значимость МСКТ в диагностике данного заболевания заключается в том, что метод позволяет определить характер изменений сосудистой стенки, распространенность патологического процесса. Полученная при МСКТ целостная картина состояния аорты, артерий нижних конечностей в совокупности с клинической картиной заболевания позволяет успешно проводить дифференциальный диагноз между атеросклерозом и другими облитерирующими заболеваниями нижних конечностей. Возможности мультиспиральной компьютерной томографической ангиографии в диагностике атеросклероза нижних конечностей.

Манафов С.С, Хасаева Н.Р. Научный Центр Хирургии им. М.А.Топчубашова (Баку, Азербайджанская Республика) Хронические облитерирующие заболевания аорты и артерий нижних конечностей составляют более 20% от всех видов сердечно-сосудистой патологии, что соответствует 2-3% от общей численности населения. Цель исследования: Определение диагностической значимости мультиспиральной компьютерной томографической ангиографии (МСКТА) при атеросклеротических поражениях.

Материал и методы: Мультиспиральная компьютерно томографическая ангиография с применением болюсного контрастирования применялась 198 больным, 143 из которых были с атеросклеротическим поражением. Протокол исследования включал несколько фаз: а) Нативное исследование (без контрастирования). Данные нативного исследования позволяли судить об анатомии исследуемой области, помогали выявлять и оценивать кальцинаты и другие рентгенопозитивные объекты (стенды, протезы, металлические скобки и др.) б) Артериальная фаза. Для получения артериальной фазы использовались неонные контрастные препараты с содержанием йода 300-370 мг/мл («Ультравист»). Контрастный препарат вводился с помощью автоматического инъектора «Medrad» в объеме 80-100 мл со скоростью 2 мл/сек через катетер, установленный в кубитальную вену. Данная скорость введения контрастного вещества позволяла добиться оптимального контрастирования артерий нижних конечностей. До введения контрастного препарата измерялась плотность крови в брюшной аорте, которая составляла 52-60 единиц Хаусфилда (НУ). Время начала сканирования после введения контрастного препарата определялось автоматически при помощи системы «SureStart»: как только плотность в брюшной аорте достигала 120 ед. НУ, аппарат автоматически начинал сканирование. Результаты исследования: 1. МСКТА является высокоинформативной методикой в выявлении атеросклеротических поражений артерий нижних конечностей. 2. При МСКТА артерий нижних конечностей характеризуется сужения просвета сосуда в различной степени, неровностью контуров их стенки и неодинаковой выраженностью коллатеральной сосудистой сети; 3. Для атеросклеротического поражения характерны множественные сужения просвета сосудов в виде дефектов наполнения, выраженный циркулярный кальциноз и неодинаково выраженная коллатеральная сосудистая сети. Заключение: Значимость МСКТ в диагностике данного заболевания заключается в том, что метод позволяет определить характер изменений сосудистой стенки, распространенность патологического процесса. Полученная при МСКТ целостная картина состояния аорты, артерий нижних конечностей в совокупности с клинической картиной заболевания позволяет успешно проводить дифференциальный диагноз между атеросклерозом и другими облитерирующими заболеваниями нижних конечностей.

41. Возможности использования иммунограмм в диагностике острой мезентериальной ишемии

Артамонова З.А.(1), Игольников Е.Л.(2)

Чита 1) Борзя 2)

ГБОУ ВО Читинская государственная медицинская академия 1) ГУЗ "Борзинская центральная районная больница" 2)

Актуальность: Изучение патофизиологических реакций развивающихся при острой мезентериальной ишемии, с последующим созданием новых способов диагностики и методов лечения этой патологии является актуальной проблемой хирургии. Материалы и методы: содержание животных и постановка экспериментов проводилась в соответствии с требованиями приказов № 1179 МЗ СССР от 11.10.1983 года и № 267 МЗ РФ от 19.06.2003 года, а также международных правил «Guide for the Care and Use of Laboratory Animals». В работе с обследуемыми лицами соблюдались этические принципы, предъявляемые Хельсинкской Декларацией Всемирной Медицинской Ассоциации (World Medical Association Declaration of Helsinki 1964, 2013 ред.). В связи с поставленной целью нами был проведен эксперимент на 24 взрослых крысах - самцах средней массой 200 гр. Животные были разделены на 3 группы. Всем животным под общим обезболиванием выполнялась лапаротомия, забор крови из задней полой вены, перевязка брыжеечной артерии в основании корня брыжейки, ушивание раны. Через 3,6 и 8 часов соответственно в 1,2 и 3 группах выполнялась релапаротомия, забор крови, биопсия кишки и вывод животного из эксперимента. Забор крови осуществляли в пробирку BD Vacutainer с гепарином лития. Оценку субпопуляционной структуры лимфоцитов крови экспериментальных животных осуществляли стандартным методом прямого иммунофлюоресцентного окрашивания цельной крови с использованием панели моноклональных антител IOTest Anti-Rat (Beckman Coulter), пациентов - с использованием панели моноклональных антител tetraCHROME™ и IOTest (Beckman Coulter). Морфологический материал подвергался стандартной проводке, полученные препараты окрашивали гематоксилин - эозином. Полученные данные обработаны непараметрическими методами статистики. Для показателей определялись медиана (Me), 75-й и 25-й перцентили (75-й; 25-й). Сравнение медиан выборок осуществляли по критерию Уилкоксона. Различия величин признавали статистически значимыми при критическом уровне $p < 0,05$. В качестве клинического примера приведены результаты обследования 6 пациентов с острой мезентериальной ишемией, находившихся на лечении в отделении общей хирургии НУЗ «Дорожная клиническая больница на ст. Чита II» ОАО РЖД, г. Чита. Результаты исследований и обсуждение: Расчет изучаемых показателей с проведением одномоментного морфологического исследования стенки тонкой кишки показал следующее. В условиях острой необратимой ишемии кишечника наблюдается прогрессивное снижение общего числа лимфоцитов венозной крови с развитием дисбаланса в их субпопуляции, увеличение соотношения CD4/CD8. Установлено, что содержание лимфоцитов венозной крови находится в прямой зависимости от времени ишемии кишечника. При моделировании острой необратимой мезентериальной ишемии максимальное снижение общего числа лимфоцитов отмечается в некротическую стадию заболевания. Основываясь на полученных в результате эксперимента данных, нами были

изучены некоторые показатели клеточного иммунитета пациентов с диагнозом острая мезентериальная ишемия. При этом оценивалась полная клинико-лабораторная картина с учетом иммунограммы. Выявлено, что течение заболевания сопровождается снижением общего числа лимфоцитов преимущественно за счет CD4 клеток. Некротическая стадия заболевания характеризовалась снижением абсолютного числа лимфоцитов на 65% и более, абсолютного числа CD8 клеток на 80% наряду с ростом соотношения CD4/CD8, что соответствует экспериментальным данным. Рекомендации: В комплексное обследование больных с острой мезентериальной ишемией следует включать определение субпопуляции лимфоцитов венозной крови. Для прогнозирования тяжести заболевания, прогрессирование некроза кишки в послеоперационном периоде следует в динамике определять относительное и абсолютное число лимфоцитов, CD4, CD8- клеток, соотношение CD4/CD8. Прогрессирующее снижение общего числа лимфоцитов, CD8-клеток с ростом соотношения CD4/CD8 свидетельствуют о течении заболевания. При снижении абсолютного числа лимфоцитов более чем на 65%, абсолютного числа CD8-клеток на 80% наряду с ростом соотношения CD4/CD8 следует заподозрить стадию некроза острой мезентериальной ишемии.

42. Результаты пластики паховых грыж методом лихтенштейна с использованием полипропиленового протеза

Бабаджанов Ж.К.

Ургенч

Ургенчский филиал Ташкентской медицинской академии

Грыжи передней брюшной стенки входят в число наиболее распространенных хирургических заболеваний человека. Им страдают около 5% населения. 70 % всех грыж составляют паховые, причем более чем в 90-95% случаев страдают мужчины. В связи с развитием новых технологий синтеза полимеров, в хирургическую практику стали активно внедряться различные аллопластические материалы при лечении грыж передней брюшной стенки. Поэтому в настоящее время наряду с традиционными получили признание и широкое развитие так называемые "ненатяжные" ("tension-free") методы пластики хирургического лечения паховой грыжи, при которых не происходит натяжения тканей в области пластики. В нашей клинике впервые методика Лихтенштейна с использованием полипропиленового эндопротеза при лечении паховых грыж стала применяться с января 2007 г. До настоящего времени прооперировано 134 больных с 156 грыжами, из них мужчин — 123 (93,3 %), женщин — 9 (6,7%). Средний возраст больных составил 45 лет (от 19 до 71 года). Первичные грыжи были у 122 (91%) больных, рецидивные у 12. В 88 (56,4%) наблюдениях грыжи были косые, в 68 (43,6%) — прямые и у 22 (16,4%) больных двусторонние грыжи. У 1 больного прямая грыжа сочеталась с косой. При операциях по Лихтенштейну применяли специальную двуслойную полипропиленовую сетку для пластики задней стенки пахового канала. После операции больных активизировали в день операции, несмотря на что значительно снижалось количество применяемых анальгетиков в послеоперационном периоде. Для обезболивания было достаточно кетапрофена по 2 мл. х 2 раза в сутки. Всего после операции больные получали от 2 до 5 инъекций. При изучении непосредственных

результатов в ближайшем послеоперационном периоде у 1 (0,74%) больного после грыжесечения с пластикой пахового канала полипропиленовым эндопротезом по поводу гигантской пахово-мошоночной грыжи на 7-е сутки развилась водянка оболочек яичка, у 6 (3,8%) больных отмечена серома послеоперационной раны. Средний период пребывания в стационаре после операции составил 3,5 суток (от 2 до 5). Средний период временной нетрудоспособности составил 22,5 дня (от 14 до 31 дня). Наш опыт применения данной методики очередной раз доказал, что основными достоинствами "ненатяжной" пластики являются относительная простота метода, ранняя активизация пациентов, заметное снижение болей в послеоперационном периоде и короткий реабилитационный период. Мы считаем, что и при прямых, и при косых паховых грыжах, грыжесечение с пластикой задней стенки пахового канала с использованием полипропиленового эндопротеза является методом выбора.

43. Комбинированная пластика передней брюшной стенки при послеоперационных вентральных грыжах

Бабаджанов Ж.К.

Ургенч

Ургенчский филиал Ташкентской медицинской академии

Актуальность проблемы пластики передней брюшной стенки обусловлена растущим числом больных с послеоперационными грыжами (ПВГ) и большим процентом их рецидивов. Нами выполнена комбинированная пластика передней брюшной стенки по поводу ПВГ у 61 больного. В качестве имплантата использовали полипропиленовый сетчатый эндопротез фирмы "Этикон" (США) и "Эсфил" (Санкт-Петербург). Средний возраст больных 54,7 г. У подавляющего числа больных грыжи возникли после срединной лапаротомии, реже в правом подреберье после холецистэктомии и в правой подвздошной области после аппендэктомии. Площадь грыжевых ворот колебалась от 30 см² до 250 см². Показаниями к комбинированной пластике были ПВГ у ослабленных больных пожилого и преклонного возраста, рецидивные ПВГ и больших размеров ПВГ. Грыжесечение выполнялось по стандартной методике с оставлением по необходимости рубцово-изменённого участка грыжевого мешка. Вариант закрытия грыжевых ворот зависел от подвижности его краев. Выполняли пластику брюшной стенки созданием дубликатуры апоневроза при хорошей подвижности тканей и отсутствии натяжения швов. При умеренном их натяжении сшивали края дефекта однорядным швом. Если невозможно было свести края дефекта без значительного усилия, закрывали по Напалкову или использовали ткани грыжевого мешка. Перед закрытием дефекта местными тканями на его область укладывали со стороны брюшной полости на париетальную брюшину заплату из сетчатого эндопротеза так, чтобы ее края перекрывали края дефекта на 2-2,2 см. Эндопротез фиксировали по краям к передней брюшной стенке. Для этой цели накладывали нерассасывающие П-образные швы через всю толщу мышечно-апоневротического слоя и брюшину с захватом сетчатого имплантата. Швы накладывали так, чтобы при их завязывании, по окончании пластики, эндопротез был растянут, плотно прилагал к брюшной стенке и широко заходил за края дефекта. Сначала завязывали П-образные швы с одной стороны грыжевых ворот. Затем выполняли пластику дефекта по

одному из вариантов. Далее завязывали остальные П-образные швы. Чтобы не было контакта петель кишок с сетчатым эндопротезом, перед ним укладывали на петли кишок большой сальник. Подкожную клетчатку дренировали резиновыми выпускниками или по Редону на 1-2 суток. Обязательна ранняя активизация больных. Послеоперационный период у всех больных протекал без осложнений. Не возникало сером. Не наблюдалось инфильтрации мягких тканей в зоне операции. Наблюдения за больными в течение 2 лет не выявили рецидива заболевания.

44. Показания и особенности тактики «Damage control» у пострадавших с повреждением печени

Сигуа Б.В. (1), Земляной В.П. (1), Дюков А.К. (1,2), Данилов А.М. (2)

Санкт–Петербург

1) СЗГМУ им. И.И. Мечникова 2) Елизаветинская больница

Актуальность: На протяжении последних нескольких десятилетий отмечается неуклонный рост количества пострадавших с тяжелой сочетанной травмой, которая характеризуется высокой летальностью, высокой частотой осложнений и инвалидизацией пострадавших (Базаев А.В. и др., 2014; Тулупов А.Н. и др., 2014; Tanweer K. et al., 2010; Nady H.R. et al., 2012). Цель исследования: Улучшение результатов лечения пострадавших с тяжелой сочетанной травмой живота с повреждением печени путем внедрения тактики «Damage control» в условиях многопрофильного стационара. Материалы и методы: С 1991 по 2015 гг в Елизаветинской больнице Санкт-Петербурга находилось на стационарном лечении 556 пострадавших с закрытой травмой живота с повреждением печени. При этом 78,5% (407) пострадавших составляли мужчины. В первые 6 часов с момента получения травмы было доставлено в больницу 83,8% (434) пострадавших. В большинстве случаев отмечалась автотравма – 32,7% (182) случая, или травма носила криминальный характер – 31,8% (177) наблюдений. Следует отметить, что в состоянии шока было доставлено 60,6% (336) пострадавших. Результаты: С 1991 по 2000 гг (I группа) было пролечено 9 (1,7%) гемодинамически нестабильных пострадавших с закрытой травмой живота с повреждением печени. При этом стремились реализовывать концепцию одноэтапного хирургического лечения. Неудовлетворительные результаты лечения пострадавших в ретроспективной группе привели к пересмотру существующей тактики в пользу концепции «Damage control», которая была реализована с 2001 по 2015 гг (II группа) в 31 (5,6%) наблюдении у гемодинамически нестабильных пострадавших. На первом этапе реализации тактики «Damage control» осуществлялась неотложная сокращенная лапаротомия с проведением интенсивной терапии в условиях отделения реанимации в течение 24 часов, и последующей программированной релапаротомии. Объем первичного оперативного вмешательства включал в себя: остановку продолжающегося кровотечения с использованием тампонирования и прекращения инфицирования брюшной полости содержимым полых органов путем ушивания непрерывным однорядным швом или обструктивной резекцией. Длительность первичного оперативного вмешательства не превышала 60-90 минут (в среднем $69,3 \pm 18,5$ мин). Повторное оперативное вмешательство осуществлялось при стабилизации состояния пострадавшего и включало ушивание ран печени или атипичную резекцию. При повреждениях желудочно-кишечного

тракта формировали анастомозы, при необходимости укрепляли ранее ушитую рану, выполняли резекцию или формировали кишечные стомы. Выводы и рекомендации: При анализе результатов хирургического лечения гемодинамически нестабильных пострадавших с повреждением печени было установлено, что послеоперационные осложнения в I группе возникли у 22,2% (2) пострадавших, а во II группе – у 80,1% (25) пациентов ($p < 0,01$). Летальность в I группе, среди гемодинамически нестабильных пострадавших с повреждением печени, составила 100% (9). Во II группе неблагоприятный результат был констатирован у 58,1% (18) пострадавших ($p < 0,05$). При этом следует подчеркнуть, что за первые 2 суток погибли 77,8% (7) пострадавших в I группе, тогда как во II группе летальный исход был зафиксирован у 22,6% (7) пострадавших. Применение предложенной хирургической тактики у гемодинамически нестабильных пострадавших с повреждением печени позволяет снизить уровень летальности практически в 2 раза: с 100% до 58,1% ($p < 0,05$).

45. Рентгеноэндоваскулярные хирургические технологии в лечении очаговых травматических повреждений печени при закрытой травме живота

Дюков А.К. (1,2), Земляной В.П. (1), Сигуа Б.В. (1)

Санкт–Петербург

1) СЗГМУ им. И.И. Мечникова 2) Елизаветинская больница

Введение: Повреждения паренхиматозных органов в структуре абдоминальной травмы составляют 56?66,8% с осложненным течением в 37?45% случаев и уровнем летальности до 30?44% без тенденции к снижению (Урман М. Г. 2009, Tanweer К. 2010). Применение малоинвазивных методик открывает новые возможности в диагностике и лечении пострадавших с повреждением печени. Цель исследования: Улучшение результатов диагностики и лечения пострадавших с закрытыми повреждениями печени путем внедрения рентгеноэндоваскулярных технологий в условиях многопрофильного стационара. Материалы и методы: В период с 1991 по 2015 гг. в Елизаветинской больнице Санкт-Петербурга находилось на лечении 5134 пострадавших с закрытой травмой живота. Повреждения печени отмечены в 556 (10,8%) случаях. Детально проанализированы результаты лечения 12 (2,2%) пострадавших с закрытой травмой живота с повреждением печени, получавших лечение с применением рентгеноэндоваскулярных (РЭХ) методик в период в 2011 по 2015 гг. При этом все пострадавшие были гемодинамически стабильны, имели изолированное единичное повреждение печени. Мужчин было 10 (83,3%), а женщин – 2 (16,7%). Все пострадавшие находились в возрасте до 44 лет (средний возраст составил $30,1 \pm 7,3$) и были доставлены в стационар в первые 6 часов с момента получения травмы. В 3 (25,0%) случаях отмечено повреждение печени II степени, а в 9 (75,0%) случаях III степень повреждения печени по классификации E. Moore (1994). Повреждения локализовались в проекции III, VI, VII, и VIII сегментов печени – 16,7% (2), 33,3% (4), 33,3% (4), 16,7% (2) соответственно. По шкале ВПХ-МТ все повреждения классифицировались как тяжелые. Состояние шока не отмечалось. Результаты и их обсуждение: В 33,3% (4) наблюдениях при поступлении и первичном УЗИ органов брюшной полости был выявлен турбулентный характер кровотока в подкапсульной гематоме печени, что потребовало выполнения экстренной ангиографии. У 8 (66,7%)

пострадавших только в ходе динамического наблюдения был установлен нестабильный характер гематом. При этом следует отметить, что нарастание размеров гематом печени было отмечено при УЗИ- контроле через 4 часа (6 случаев), и через 8 часов (в 2 наблюдениях) с момента поступления, что также потребовало выполнения ангиографии. Клинико-лабораторных изменений у данной категории пострадавших отмечено не было. Рентгенэндоваскулярные вмешательства выполнялись на ангиографической системе Innova 3100IQ фирмы «General Electric» (США). При этом в 7 наблюдениях произведена суперселективная катетеризация ветвей печеночных артерий с последующей эмболизацией синтетическими эмболами из пенополиуретана 1,5 – 3,0 мм в диаметре, в 3 случаях произведена дополнительная проксимальная эмболизация с целью редукции кровотока при помощи спиралей типа Гиантурко или Киттнера, а у 2 пострадавших установлен катетер на длительный срок с целью применения внутриартериальной гемостатической терапии 5%-ным раствором ?-аминокапроновой кислоты. Во всех случаях был достигнут эндоваскулярный гемостаз. В послеоперационном периоде рецидива кровотечения, осложнений и летальности не отмечалось. Средняя продолжительность пребывания в стационаре, для данной категории пострадавших, составила $9,3 \pm 3,2$ дня. Таким образом, применение РЭХ-методов лечения у пострадавших при закрытой травме живота с изолированным повреждением печени позволяет снизить операционную травму и отказаться от традиционного хирургического вмешательства, минимизировать вероятность развития осложнений и летальности.

46. Хирургические аспекты лечения желудочных кровотечений опухолевого генеза

Сигуа Б.В. (1), Земляной В.П. (1), Михайлов Г.А. (1), Губков И.И. (2), Данилов А.М. (2), Сахно Д.С. (1), Захаров Е.А. (1)

Санкт–Петербург

1) СЗГМУ им. И.И. Мечникова 2) Елизаветинская больница

Актуальность. Рак желудка (РЖ) является одним из самых распространенных злокачественных новообразований желудочно-кишечного тракта. Опухолевое поражение желудка наиболее часто осложняется кровотечением. Оно может возникнуть на любой стадии опухолевого процесса, но чаще наблюдаются в III-IV стадии из-за несвоевременной диагностики заболевания. Цель исследования: улучшение результатов лечения больных с желудочными кровотечениями опухолевого генеза. Материал и методы. В период с 1996 по 2015 гг в Елизаветинской больнице Санкт– Петербурга было пролечено 142 пациента с раком желудка осложненным кровотечением. Все пациенты разделены на две группы: I группа – пациенты, находившиеся на лечении с 1996 по 2006 гг. – 72 человека, из них мужчин 47 (65,3 %), женщин 25 (34,7%); во II группу вошли пациенты, лечившиеся с 2007 по 2015 гг. – 70 человек, из них мужчин 46 (65,7%), женщин 24 (34,3%). При лечении пациентов II группы использовалась индивидуальная лечебно–диагностическая тактика, учитывающая степень эндоскопического гемостаза, тяжесть кровопотери и состояние пациента, в которой помимо продолжающегося кровотечения и неэффективности эндоскопического гемостаза, в качестве показаний к экстренной операции, учитывался и риск рецидива кровотечения. При высоком риске рецидива кровотечения пациенты оперировались в срочном порядке, после полноценной

предоперационной подготовки. Также во II группе использовался комбинированный эндоскопический гемостаз с использованием аргоноплазменной коагуляции в дополнении с гемостатической системой «Эндоклот». Результаты и обсуждение. В структуре осложнений рака желудка кровотечение отмечено в 76,3% (55) случаев в I группе и 82,9% (58) во II группе. У некоторых пациентов кровотечение сочеталось: с перфорацией 4,2% (3) наблюдений в I группе и 2,8% (2) во II группе; со стенозом в 12,5% (9) случаев в I группе и 8,6% (6) во II группе; с прорастанием в соседние органы 4,2% (3) случая в I группе и 5,7% (4) во II группе. По стадиям онкологического процесса больные распределились следующим образом: I-II стадия заболевания отмечена у 20,8% (15) и 21,4% (15) пациентов в I и во II группах соответственно; III стадия у 28 (38,9%) человек в I группе и 27 (38,6%) во II; а IV стадия заболевания диагностирована у 29 (40,3%) больных в I группе и 32 (45,7%) пациентов во II группе. Следует отметить, что при раке желудка, осложненном кровотечением (142) было прооперировано 48 (66,7%) пациентов в I группе и 40 (57,1%) во II группе, а консервативно пролечено 24 (33,3%) и 30 (42,9%) пациента в I и II группах соответственно. Больным были выполнены следующие оперативные вмешательства: гастрэктомия выполнена у 29,2% (14) пациентов I группы и в 37,5% (15) случаев во II группе, субтотальная резекция желудка 12 (25%) в I группе и 20 (50%) во II группе, симптоматические операции в 7 (14,6%) случаях в I группе и 3 (7,5%) во II группе, гастрэктомия с резекцией поджелудочной железы у 1 (2,1%) пациента I группы и в 2 (5,0%) случаях во II группе; и только в I группе были выполнены: резекция 2/3 желудка 10 (20,8%), экстирпация культи желудка 3 (6,2%) и резекция кардии в 1 (2,1%) случае. В экстренном порядке при продолжающемся кровотечении и/или тяжелой степени кровопотери прооперирован 31 (64,6%) пациент в I группе и 11 (27,5%) во II группе. В послеоперационном периоде осложнения наблюдались в 45,8% (22) случаев среди пациентов I группы и у 9 (22,5%) больных во II группе ($p < 0,05$). Послеоперационная летальность составила 35,4% (17) в I группе, а во II группе 5,0% (2) ($p < 0,001$). Вывод. Предложенный индивидуальный лечебно-диагностический подход к лечению пациентов с желудочными кровотечениями опухолевого генеза позволяет достоверно снизить частоту осложнений в 2 раза и послеоперационную летальность в 7 раз.

47. Антиоксидантная терапия и гипербарическая оксигенация в лечении ожоговых ран

Козка А.А., аспирант кафедры хирургических болезней ФПДО, kozka.a.89@mail.ru,
Олифирова О.С. д.м.н., доцент, зав. кафедрой хирургических болезней ФПДО,
olif.oc@mail.ru

Благовещенск

ФГБОУ ВО "Амурская ГМА" Минздрава РФ

Актуальность: Термическая травма представляет глобальную проблему в области здравоохранения – по данным ВОЗ, ожоги по частоте занимают третье место среди прочих травм, а в Российской Федерации – шестое место (2,4%), составляя 2,1 случая на 1000 взрослого населения. Ежегодно регистрируется 265 000 случаев смерти от ожогов. В настоящее время повышено внимание свободнорадикальных реакций (СРР) перекисного окисления липидов (ПОЛ) в молекулярной основе раневого процесса. Многие исследователи утверждают, что у больных с ожоговыми ранами происходит изменение

баланса в системах генерации свободных радикалов и антиоксидантной защиты, которое может стать также одной из причин его неблагоприятного и осложненного течения. Поэтому на сегодняшний день актуально поиск современных методов лечения ожоговых ран, патогенетически способствующие коррекции ПОЛ. Цель исследования: анализ результатов применения антиоксидантной терапии и гипербарической оксигенации (ГБО) и в комплексном лечении больных с ожоговыми ранами. Материалы и методы: проведен анализ результатов лечения 94 пациента. Основную группу (ОГ) составили 48 больных, получавших антиоксидантную терапию и ГБО, а группу клинического сравнения (ГКС) – 46 больных, им проводилось общепринятое лечение. Из них мужчин – 66 (70,2%) и женщин – 28 (29,8%) в возрасте 19 – 75 лет. Структура заболеваний в обеих группах: термические ожоги (МКБ-10) I-ст. (68), термические ожоги III ст.(26). Этиология заболеваний в ОГ и ГКС: ожоги кипятком (65),- ожоги пламенем (29), случаях. Длительность течения раневого процесса была от 12 дней до 2,5 месяцев. В среднем площадь термических ран составляла $857,1 \pm 4,4$ см². Антиоксидантная терапия включала пероральный прием биологически активной добавки «Лавитол-В», содержащей арабиногалактан и дигидрокверцетин, по 1 капсуле 2 раза в день в течение 21 дня с начала лечения. Биологически активная добавка «Лавитол-В» представляет смесь флавоноидов дигидрокверцетина и полисахарида арабиногалактана (1:3), полученных из лиственницы даурской. Кроме того, больным ОГ выполняли перевязки с порошком дигидрокверцетина («Лавитол косметичный»), который наносили на раневую поверхность после ее очищения при микробной обсеменности не более 10³-4м.г. на 1см² слоем 1-2 мм. Местно антиоксидант использовали до самостоятельной эпителизации раны или до- и после выполнения аутодермопластики свободным расщепленным кожным трансплантатом. Одновременно проводили гипербарическую оксигенацию 1,5-1,8 атмосфер продолжительностью 40 минут ежедневно в течение 10 дней. Лечение больных ГКС проводили традиционными методами. Результаты анализировали на основании следующих показателей: клинических данных, течения раневого процесса, цитологического исследования, провоспалительных интерлейкинов ((IL-1?, IL-6, IL-8, TNF-?), исследования ПОЛ (диеновые конъюгаты – ДК, малоновый диальдегид – МДА) и АОЗ (витамин «Е», церулоплазмин) в первый день и 21-й день лечения, Результаты: Течение раневого процесса у больных ОГ было более гладким, чем в ГКС. К началу лечения средняя площадь ран у больных в ОГ составляла $856,1 \pm 4,8$ см², а в ГКС – $855,5 \pm 5,2$ см² ($p > 0,05$). У больных ОГ, получавших антиоксидантную терапию и ГБО, отмечены значимо более ранние сроки появления активных грануляций ($12,7 \pm 1,3$ дня), краевой ($16,6 \pm 1,6$ дня) и полной эпителизации ран ($28,2 \pm 3,3$ дня), рубцевания ($31,3 \pm 2,4$ дня) по сравнению с больными ГКС ($18,7 \pm 1,4$ дня, $20,9 \pm 3,8$ дня, $29,9 \pm 2,3$ дня, $39,7 \pm 3,2$ дня, соответственно). Длительность болевого синдрома у больных ОГ составила $9,1 \pm 0,8$ дня, а температурной реакции – $8,9 \pm 0,6$ дня, что меньше, чем в ГКС ($14,1 \pm 0,9$ дня и $12,3 \pm 1,3$ дня, соответственно). Применение антиоксидантной терапии не сказалось отрицательно на состоянии периферической крови. Количество эритроцитов, лейкоцитов, лимфоцитов, уровень СОЭ в 1-й и 21-й день лечения не имели значимых различий у больных ОГ и ГКС. Также за счет более активного течения раневого процесса сроки предоперационной подготовки у больных ОГ, которым требовалась аутодермопластика, оказались меньше ($9,2 \pm 0,7$ дня), чем в ГКС ($15,3 \pm 1,6$ дня). Результаты цитологического исследования показали, что у больных ОГ репаративные процессы в ранах протекали интенсивнее, чем в ГКС. Клеточный состав ран в первый день лечения существенно не отличался у больных обеих групп. На 21-й день лечения у больных ОГ установлены регенераторный и регенераторно-воспалительный типы цитограмм, тогда как у больных ГКС сохранялся воспалительно-регенераторный тип цитограмм. У больных ОГ наблюдалось значимое снижение числа нейтрофилов (с $84,6 \pm 4,3\%$ до $28,4 \pm 2,7\%$), макрофагов (с $11,7 \pm 1,4\%$ до $2,7 \pm 0,3\%$) и возрастание количества фибробластов (с $5,4 \pm 0,7\%$ до $18,7 \pm 1,5\%$), а также клеток эпителия (с $0,5 \pm 0,1\%$ до $62,4 \pm 5,4\%$). у больных с

ожоговыми ранами в обеих группах отмечалась чрезмерная и длительная гиперпродукция провоспалительных интерлейкинов (IL-1?, IL-6, IL-8, TNF-?). Применение предложенного метода способствовало снижению их уровня и ускорению процессов репарации. К 21 дню лечения у больных ОГ с ожоговыми ранами уровень содержания в сыворотке крови IL-1 снизился на 45,5% (от 132,9 [21,5; 302] до 72,4 [8,7; 127,6]), IL-6 –40 % (от 112,5 [51,4;216,7] до 67,5 [13,9; 120,8]), IL-8 – 49,3% (от 230,4 [123,8; 328,5] до 116,7 [69,8; 254,6]) и TNF-? –62,8 % (от 43,2 [15,04; 67] до 16,07 [6,7; 45,8]), а в ГКС только –18,3 %, 2,9%, 3,6%, 6,5%, соответственно. Применение в комплексном лечении антиоксидантной терапии у больных ОГ способствовало повышению активности АОЗ и снижению интенсивности процессов ПОЛ. Показатели ПОЛ (ДК, МДА) и АОЗ (витамин «Е», церулоплазмин) у ОГ и КГС в начале лечения не имели значимых различий. К 21-му дню лечения у больных ОГ наблюдалось значимое снижение содержания продуктов ПОЛ по сравнению с ГКС: содержание ДК уменьшилось на 39%, МДА – на 35,7%, тогда как в ГКС содержание ДК – на 14,9%, МДА – на 21,3%. В тоже время в ОГ компоненты АОЗ возросли значительно больше, чем в ГКС. У больных ОГ содержание витамина «Е» увеличилось на 33,5% и церулоплазмينا – на 26,3%, тогда как в ГКС витамин «Е» – на 13,5% и церулоплазмин – на 12,1% . Обсуждение: Установлено, что у больных с ожоговыми ранами I-II-III ст. (МКБ-10) имеют место процессы активации ПОЛ и снижение АОЗ. Также отмечается стойкая гиперпродукция провоспалительных интерлейкинов (IL-1?, IL-6, IL-8, TNF-?), являющиеся маркерами персистирующего воспаления в ране. В комплексном лечении этой группы больных патогенетически обоснована антиоксидантная терапия и ГБО. Применение антиоксидантной терапии и ГБО способствует коррекции содержания провоспалительных интерлейкинов (IL-1?, IL-6, IL-8, TNF-?) и нарушений ПОЛ в общем и локальном гомеостазе, стимулируя и сокращая сроки заживления ожоговых ран. За счет более активного течения репаративных процессов сокращается длительность самостоятельной эпителизации поверхностных ожоговых ран и предоперационной подготовки для аутодермопластики у больных с глубокими ожогами. Выводы 1. У больных с ожоговыми ранами имеют место процессы активации ПОЛ и снижение АОЗ. 2. У больных с ожоговыми ранами отмечается стойкая гиперпродукция провоспалительных интерлейкинов (IL-1?, IL-6, IL-8, TNF-?). 3. Применение антиоксидантной терапии (дигидрокверцетин) и ГБО позволяет корригировать содержание провоспалительных интерлейкинов (IL-1?, IL-6, IL-8, TNF-?) и нарушения ПОЛ и АОЗ, что способствует стимуляции репаративного процесса в ранах.

48. Хирургическая коррекция пельвио-перинеального венозного рефлюкса

Гаврилов С.Г.(1), Иманалиев М.Р. (2), Темирболатов М.Д. (2), Турищева О.О.(1)

1)Москва, 2)Махачкала

1)РНИМУ им. Н.И. Пирогова; 2) Республиканская клиническая больница,

Актуальность. Варикозная болезнь таза (ВБТ) у женщин в 16-35% случаев сопровождается формированием патологического ретроградного кровотока из внутритазовых в поверхностные вены промежности и нижних конечностей, так называемым пельвио-перинеальным рефлюксом (ППР). Для его коррекции предлагают различные способы, от применения склероблитерации вульварных и промежностных вен

до использования эндоваскулярной эмболизации тазовых вен. Цель. Оценить возможности флебэктомии в ликвидации ППР и связанного с ним варикозного синдрома на промежности и нижних конечностях. Материалы и методы. Исследование основано на результатах обследования и лечения 48 пациенток с ВБТ, вульварным и промежностным варикозом, варикозной болезнью нижних конечностей (ВБНК). Клиническими признаками заболеваний служило наличие варикозных вен на наружных половых органах, промежности, нижних конечностях (100%), болей в нижних конечностях (37,5%), в области наружных половых органов (83,3%), переходящего отека голеней (6,25%). Тазовые боли отсутствовали. Особенностью варикозного синдрома нижних конечностей служила его локализация на задней либо внутренней поверхностях верхней и средней трети бедра. Помимо общеклинического обследования, всем больным выполнено ультразвуковое ангиосканирование (УЗАС) вен таза, промежности и нижних конечностей, по данным которого лишь у 3 пациенток выявлена клапанная недостаточность большой подкожной вены. У остальных больных наряду с клапанной недостаточностью параметральных (100%) и маточных (16,6%) вен несостоятельность клапанного аппарата магистральных поверхностных вен отсутствовала. ППР по данным УЗАС характеризовался регистрацией патологического (> 2 сек) ретроградного кровотока из влагалищных, внутренней срамной и запирающей вен в поверхностные вены больших половых губ, промежности и нижних конечностей, расширением этих сосудов от 5 до 10 мм. Тазовую флебографию не выполняли в связи с отсутствием признаков тазового венозного полнокровия. Все пациенткам в качестве основного метода лечения выполнена минифлебэктомия в промежности и на нижних конечностях, флебэктомия на больших половых губах. Помимо этого, 3 больным выполнили кроссэктомию в сочетании с инвагинационной стволовой флебэктомией на бедре. Наблюдение за больными осуществляли в течение 1 года, проводя клинические осмотры и повторное УЗАС через 1, 6 и 12 месяцев после операции. Результаты и обсуждение. Технический успех (ликвидация варикозных вен промежности и нижних конечностей) достигнут в 100% случаев. Послеоперационные осложнения в виде лимфореи из больших половых губ отмечены у 2 больных, они купированы на 5-7 сутки после операции с помощью консервативных мероприятий. Признаков рецидива вульварного, промежностного варикоза, ВБНК не отмечено в 100% случаев в течение 1 года наблюдений. В ходе повторных ультразвуковых исследований вен промежности и нижних конечностей варикозных вен на половых губах, промежности и нижних конечностях не обнаружено, соответственно, отсутствовал рефлюкс крови из внутритазовых в поверхностные вены нижних конечностей и промежности. Заключение. Флебэктомия служит эффективным и надежным способом коррекции пельвиоперинеального венозного рефлюкса, ликвидации варикозного синдрома на наружных половых органах, промежности и нижних конечностях у пациенток с ВБТ.

49. Лапароскопическая криодеструкция злокачественных новообразований печени

Ионкин Д.А., Чжао А.В.

Москва

Институт хирургии им. А.В. Вишневского

Цель: улучшение результатов лечения пациентов со злокачественными новообразованиями печени. Материалы и методы: В Институте хирургии имени А.В. Вишневского криохирургия применяется с конца 2000 г. Начало использования данной методики при новообразованиях печени было начато с применением установки “ERBE CRYUO 6” (Германия). Криодеструкция при помощи установки “ERBE CRYUO 6” может осуществляться как из классических, так и чрескожных доступов под ультразвуковым наведением. Было выполнено 6 лапароскопических операций с применением криовоздействия: при метастазах колоректального рака (n=4), метастазах рака желудка (n=1), при раке желчного пузыря после выполнения холецистэктомии (n=1). Начиная с 2013 г. в институте начато использование нового отечественного криохирургического аппарата «КРИО-01» «ЕЛАМЕД», разработанного на Елатомском приборном заводе совместно с компанией «Биомедстандарт», значительно отличающегося от установки «Крио-МТ». У данного прибора значительно короче подготовительный период, меньший объем потребляемого жидкого азота. В новой установке учтены недостатки предыдущих приборов, кроме того, она оснащена более удобными криозондами и для лапароскопических вмешательств. С применением данной криоустановки было выполнено 2 лапароскопических вмешательства по поводу метастазов колоректального рака в печень. Результаты: Было отмечено, что с применением установки “ERBE CRYUO 6” невозможно добиться заявленной фирмой-производителем температуры, чаще охлаждение опухоли ограничивалось -50о С. Нередко возникала необходимость дополнительно использовать локальные гемостатические средства. Было отмечено большое число осложнений (n=14) в том числе, таких как внутрибрюшное кровотечение (n=2), абсцессы печени (n=2), тромбоз НПВ (n=1), почечная недостаточность при центральной локализации патологического очага (n=1), выраженный асцит (n=2), гидроторакс (n=3). Все это, включая значительную продолжительность циклов активной заморозки и размораживания, послужило причиной отказа от использования данной установки. В ходе первой серии лапароскопических криовоздействий мы пришли к выводу о предпочтительности применения ультразвукового наведения, особенно при интрапаренхиматозной локализации очага, и необходимости ультразвукового мониторинга в ходе криодеструкции. При лапароскопическом доступе с использованием криохирургического аппарата «КРИО-01» столкнулись с необходимостью применения троакара диаметром 12 мм, которые чаще выпускаются только для одноразового применения. В 3-х наблюдениях выполнения лапароскопической криодеструкции метастазы колоректального рака располагались подкапсульно, по висцеральной поверхности печени в V и III, VI-VIII сегментах печени, что было достаточно удобно для выполнения термоабляции с применением торцевого криоапликатора. Мы применяли двукратное замораживание с промежуточным оттаиванием. Также предпочтительно использование ультразвукового мониторинга в ходе криодеструкции. Осложнений в ходе криоабляции и в послеоперационном периоде отмечено не было. По нашим данным в послеоперационном периоде необходимо выполнение ультразвукового контроля на 1,3,7 сутки, проведения магнитно-резонансной томографии в 1-2 сутки после воздействия. Заключение. Развитие методов лапароскопической диагностики - визуальной, инструментальной ревизии и УЗИ позволило приблизить возможности лапароскопической ревизии к возможностям лапаротомной. Лапароскопический доступ может быть эффективно применен преимущественно при солитарных поверхностно расположенных патологических новообразованиях печени. Криодеструкция, в том числе и лапароскопическая, должна рассматриваться как разумная альтернатива существующим хирургическим методам и в некоторых случаях как компонент комбинированного лечения раковых поражений.

50. Местнораспространенный рак поджелудочной железы. Возможности криохирургического лечения. ЕСТНОРАСПРОСТРАНЕННЫЙ РАК ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ. ВОЗМОЖНОСТИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ КРИОДЕСТРУКЦИИ

Чжао А.В., Ионкин Д.А., Степанова Ю.А., Жаворонкова О.И., Карельская Н.А.

Москва

Институт хирургии им. А.В. Вишневского

Цель исследования: улучшение качества жизни, а при применении химиотерапевтического лечения увеличение продолжительности жизни у пациентов раком поджелудочной железы. Материалы и методы. В Институте хирургии им. А.В. Вишневского с января 2012 г. криодеструкция опухолей поджелудочной железы была произведена 65 пациентам (мужчин - 35 (53,8%), женщин – 30 (46,2%). Средний возраст составил 52 ± 6 года. Аденокарцинома была выявлена у 59 больных (90,7%), цистаденокарцинома – у 6 (9,3%). Размер образований в поджелудочной железе - от 2,5 до 10 см. У 7 пациентов применяли одновременное криовоздействие на опухоль поджелудочной железы и метастазы печени. Локальная деструкция была дополнена формированием обходных анастомозов в 42 наблюдениях (64,6%). Использовались российские приборы «КРИО-МТ» и «КРИО-01», а также пористо-губчатые аппликаторы из никелида титана. Применялись криоаппликаторы диаметром от 2 до 5 см. Целевая температура составляла $-186 \text{ }^{\circ}\text{C}$. Время экспозиции - от 3 до 5 минут. Число сеансов зависело от размера опухоли и варьировало в пределах от 1 до 5 (в среднем – 2,4). Всем больным в последующем была проведена адьювантная химиотерапия, в 10 случаях, дополненная региональной химиоэмболизацией. Результаты. Летальных исходов в ходе вмешательства и в ближайшем послеоперационном периоде отмечено не было. Внутривнутрибрюшное кровотечение было отмечено у 3 (4,6%) больных (из-за трещин, появившихся на границе ткани поджелудочной железы и “iceball” – 1; артерия была повреждена в процессе биопсии после криодеструкции – 1, кровотечение из сосуда бассейна берхней брыжеечной артерии (1) остановленное путем рентгенэндоваскулярного вмешательства). Острый панкреатит был отмечен в 5 (7,7%) случаях; нагноение в зоне манипуляции – в 2 (3,1%), эвентрация – в 1 (1,5%). Асцит выявили у 12 (18,5%) больных (купировали в течение 5 – 8 дней консервативно). После криодеструкции полное исчезновение болевого синдрома было отмечено у 39,2%, значительное снижение его интенсивности – у 41,6%. Выживаемость по Каплан-Мейеру у больных с раком поджелудочной железы: 6 мес. – 56%, 12 мес. – 28%, 24 мес. – 15%, 28 мес. – 4,3%. Выводы: Близкое расположение магистральных сосудов не является противопоказанием к проведению криодеструкции злокачественных образований поджелудочной железы. Криодеструкция при раке поджелудочной железе у неоперабельных больных является вмешательством, в значительной степени улучшающим качество жизни онкологических пациентов, в первую очередь, за счет снижения болевого синдрома. При применении химиотерапевтического лечения отмечается и некоторое увеличение показателей выживаемости.

51. Варианты выполнения лапароскопических органосберегающих операций при доброкачественных образованиях селезенки.

Ионкин Д.А., Кригер А.Г., Бирелавичус С.В., Степанова Ю.А.

Москва

Институт хирургии им. А.В. Вишневского

Цель исследования: определение адекватной тактики хирургического лечения у больных с очаговыми образованиями селезенки. Материалы и методы. В Институте хирургии с 1976 г. наблюдалось более 430 больных с очаговыми образованиями селезенки. Среди возможных операций предпочтение отдавали органосберегающим операциям, а в случае их невозможности выполняли гетеротопическую аутотрансплантацию селезеночной ткани. Кроме резекций селезенки традиционным доступом выполнялись и лапароскопические вмешательства. Лапароскопические операции, включая роботические (13), были произведены в 79 наблюдениях. Были выполнены фенестрации – 51 (робот-ассистированные -7), резекции – 24 (анатомические-6, околоопухолевые -13, робот-ассистированные -5), эхинококкэктомия – 2, спленэктомия при эхинококкозе -2, вмешательство при истинной кисте с осложненным течением добавочной селезенки -1. Морфологическая структура заболеваний селезенки: непаразитарные кисты -52 (истинные – 40, псевдокисты -12), доброкачественные опухоли -22 (гемангиомы -4, лимфангиомы-18), эхинококкоз – 4. В одном наблюдении было произведено удаление добавочной доли селезенки, расположенной в воротах, с истинной кистой, осложненной кровистечением в полость кисты с угрозой разрыва. Обязательно выполнялись срочное цитологическое исследование содержимого образования и гистологическое исследование стенки, а также плановое морфологическое исследование. В 4 наблюдениях лапароскопические (на работе – 1) вмешательства потребовали конверсии из-за выраженного кровотечения. Рецидив заболевания, потребовавший повторного вмешательства, был отмечен в 4 наблюдениях (лимфангиома – 3, истинная киста -1). Пункционные вмешательства под УЗ-контролем по поводу остаточных полостей – в 6 случаях. Результаты. С учетом послеоперационных результатов кроме обычно применяемой деэпителизации остающейся части стенки кисты с применением аргона и/или коагуляции мы стали до иссечения кисты производить обработку полости раствором этилового спирта. В случае доброкачественной опухоли следует стремиться к максимально возможному удалению стенки образования. Статистически достоверно меньшее число осложнений и лучшие отдаленные результаты, включая оценку качества жизни, отмечены у пациентов после органосберегающих операций, особенно при использовании лапароскопического доступа. Худшие результаты выявлены у пациентов после удаления органа. Заключение. На этапе диагностического поиска необходимо широко использовать современные неинвазивные методы – УЗИ и КТ, МРТ. При подтверждении доброкачественного генеза очага в селезенке, при сохранении хотя бы небольшой части непораженной паренхимы предпочтительнее выполнение органосберегающей операции с применением современных средств гемостаза и соответствующих технических приемов. В зависимости от локализации очага в селезенке, его размеров, анатомических особенностей возможно выполнение лапароскопических органосберегающих операций.

52. Новые технологии защиты толстокишечного анастомоза при операциях на сигмовидной кишке для профилактики перитонита.

Татьянченко В.К., Фролкин В.И., Богданов В.Л., Корякина А.А., Сухая Ю.В.

Ростов-на-Дону

ФГБОУ ВО РостГМУ

Актуальность. Разработка новых и совершенствование существующих способов экстрAPERитонизации источников воспаления представляет собой актуальную задачу абдоминальной хирургии, поскольку эффективность этих способов составляет 69-70%. Материалы и методы. Приведены сравнительные результаты лечения 75 больных с заболеваниями сигмовидной ободочной кишки. В I группу (22 больных) вошли пациенты, у которых способы изоляции не использовались. Во II группу (32 больных) вошли пациенты, у которых применялся способ изоляции толсто-толстокишечного анастомоза сальниковой муфтой, в III группу (21 больной) вошли пациенты, у которых применялся способ изоляции толсто-толстокишечного анастомоза брыжеечной муфтой (Федеральный патент РФ №2086188). Сравнительная оценка результатов хирургического лечения больных первой-третьей групп клинического наблюдения была проведена по течению послеоперационного периода, количеству осложненных случаев, количеству осложнений со стороны толсто-толстокишечного анастомоза, летальности, длительности госпитализации, функциональной и трудовой реабилитации. По возрасту больные распределились следующим образом: от 31 до 40 лет- 13, от 41 до 50 лет-22, от 51 до 60 лет -29, лиц старше 60 лет -11. Соотношение мужчин и женщин составило 52,7% / 47,3% соответственно. Результаты исследования. Определение группы риска несостоятельности и других осложнений со стороны толстокишечного анастомоза проводили в соответствии с индексной шкалой определения показаний к изоляции толстокишечного анастомоза (Федеральный патент №2301627). Способ учитывает возрастную группу пациента, степень выраженности эндогенной интоксикации, определяемую по лейкоцитарному индексу интоксикации, степень снижения общего белка, а также фазу перитонита и характер экссудата. При балльном индексе до 9 баллов изоляцию анастомоза одним из разработанных способов. Если значение балльного индекса превышало 15 баллов, риск осложнений при наложении толстокишечного анастомоза считали высоким, у больных выполняли колостомию. Нами установлено, что использование способов изоляции толсто-толстокишечных анастомозов показано при внутрибрюшных резекциях сигмовидной ободочной кишки у лиц старших возрастных групп, на фоне реактивной фазы серозного перитонита, умеренно сниженном показателе общего белка, эндогенной интоксикации I степени и неблагоприятном преморбидном фоне, характеризующемся высокой вероятностью общих соматических осложнений в раннем послеоперационном периоде. Токсическая фаза серозно-фибринозного перитонита, значительное снижение содержание общего белка и более тяжелые состояния являются противопоказанием к применению способов герметизации анастомоза. Операции целесообразно завершать формированием колостомы. Выводы. Изоляция зоны толстокишечного анастомоза от свободной брюшной полости позволяет добиться гладкого течения послеоперационного периода у 84,4% больных с помощью дренирующейся сумки (против 54,5% в контрольной группе больных) и является патогенетически обоснованной мерой в профилактике послеоперационных перитонитов и борьбе за снижение летальности после операций на сигмовидной ободочной кишке.

53. Рак молочной железы в структуре смертности военнослужащих МО РФ

Чирский В.С., Кучеренко А.Д., Марьева О.Г., Шеладев И.В., Старков И.И.

Санкт-Петербург

Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова

В течение последних лет злокачественные новообразования являются наиболее частой причиной смерти военнослужащих, составив в 2013 г. 47,7% всех летальных исходов военнослужащих (в 2012 г. – 44,3%, в 2011 г. - 31%), причем смертность военнослужащих от онкологических заболеваний с каждым годом возрастает. Среди причин смерти лиц льготного контингента злокачественные новообразования занимают второе место, уступая заболеваниям системы кровообращения, что подтверждают данные отчетов о патологоанатомической работе МО РФ. Следует отметить, что хотя рак молочной железы не является ведущей причиной смерти военнослужащих и лиц льготного контингента, смертность от него в течение последнего десятилетия не снижается. За период с 2003 по 2016г от рака молочной железы скончались 60 пациенток в возрасте от 39 до 51 года, из них 26 военнослужащих и 34 лица льготного контингента. Все пациентки обнаружили образование в молочной железе самостоятельно. Средний возраст больных, скончавшихся от РМЖ, составил 41 год. В 1 случае на момент обращения за медицинской помощью была выявлена опухоль I стадии, во всех остальных имела место II – III стадия опухоли. Продолжительность жизни больных от выявления заболевания до смерти составила от 2 до 7 лет. В 1 случае оперативное лечение не проводилось из – за поздней диагностики опухоли, во всех остальных случаях выполнялась радикальная мастэктомия. Все пациентки получали комплексное лечение (химиотерапия, лучевая терапия, гормонотерапия на фоне овариэктомии). От выявления заболевания до выявления отдаленных метастазов прошло от 6 месяцев до 3 лет. В 1 случае причиной смерти явился ОИМ на фоне доксорубициновой кардиомиопатии, во всех остальных – полиорганная недостаточность на фоне прогрессирования заболевания. Наиболее значимыми причинами поздней диагностики РМЖ у военнослужащих являются поздняя обращаемость пациентов за медицинской помощью при самостоятельном обнаружении образований в молочных железах, недостаточная онкологическая настороженность врачей территориальных военно-медицинских организаций, недостаточно активные врачебно - просветительская работа и диспансерное наблюдение, а также недостаточная оснащенность большинства лечебных организаций МО РФ необходимым современным диагностическим оборудованием, в том числе маммографами и современными ультразвуковыми диагностическими системами. Полученные данные свидетельствуют о недостаточном уровне диагностики и профессиональных знаний врачей региональных военно – медицинских организаций, что требует разработки новой системы онкологической помощи военнослужащим с преимущественным развитием территориального звена медицинской службы с введением штатных должностей врачей, прошедших подготовку по маммологии. Рациональная диагностика и своевременное оказание помощи больным РМЖ позволят добиться снижения смертности военнослужащих и, соответственно, снижения количества страховых выплат в случае смерти.

54. Особенности оказания специализированной хирургической помощи пострадавшим с тяжелой минно-взрывной травмой мирного времени

Тулупов А.Н., Мануковский В.А., Демко А.Е., Кажанов И.В.

Санкт-Петербург

Санкт-Петербургский НИИ скорой помощи им. И.И. Джанелидзе

В основе работы находится опыт оказания специализированной хирургической помощи 4 женщинам с минно-взрывной травмой, полученной в результате террористического акта в вагоне Санкт-петербургского метро 03.04.2017, в травмоцентре СПбНИИ скорой помощи им. И.И. Джанелидзе. Все доставлены выездными бригадами скорой медицинской помощи в течение первых 2 часов после взрыва. У пострадавшей П., 70 лет, диагностированы: Комбинированная механотермическая сочетанная травма головы и конечностей. Сотрясение головного мозга. Ожог пламенем (S=0,1%) I степени крыльев носа. Акубаротравма. Разрушение левой верхней конечности на уровне верхней трети предплечья с повреждением сосудисто-нервного пучка, оскольчатыми переломами обеих костей предплечья, переломами костей левой кисти. Осколочное сквозное ранение правой кисти с оскольчатыми переломами II-V пястных костей. Продолжающееся наружное кровотечение. Острая массивная кровопотеря. Шок III степени». Ей произведены в противошоковой операционной (ПШО) ампутация левой верхней конечности от уровня нижней трети плеча, внешняя фиксация переломов костей правой кисти спицевым аппаратом, ПХО ран мягких тканей. Выписана через 2 месяца после травмы. У пострадавшей А., 24 лет, имелись «Тяжелая минно-взрывная травма. Комбинированная механотермическая сочетанная травма головы, груди, конечностей. Открытая черепно-мозговая травма, инородные тела и ушиб головного мозга легкой степени тяжести. Множественные осколочные слепые ранения правого века. Множественные осколочные слепые ранения средней зоны лица, не проникающие в полость рта, с переломами костей носа. Полигемосинус. Акубаротравма. Ожог пламенем (S=2%) 2 степени обеих кистей. Множественные осколочные слепые ранения обеих кистей. Продолжающееся наружное кровотечение. Острая кровопотеря средней степени тяжести. Шок I ст. В ПШО ей выполнена ПХО ран лица с наложением первичных швов. Выписана через 38 сут. У пациентки С., 18 лет, установлен диагноз: Сочетанная минно-взрывная травма головы, груди, таза, конечностей. Открытая черепно-мозговая травма, ушиб головного мозга тяжелой степени, САК. Перелом костей свода черепа. Гемосинус. Осколочное слепое ранение мягких тканей левой теменной области головы. Рваная рана левой ушной раковины. Акубаротравма. Баротравма легких. Двусторонний малый пневмоторакс. Осколочное слепое ранение задней поверхности левого надплечья. Множественные осколочные слепые ранения таза с переломом крыла левой подвздошной кости и повреждением ветвей левой верхней ягодичной артерии. Множественные осколочные слепые ранения левого плеча, левого предплечья с обширным повреждением мягких тканей средней трети, краевым повреждением лучевой артерии и открытым оскольчатым переломом левой локтевой кости. Продолжающееся наружное кровотечение. Острая кровопотеря крайне тяжелой степени. Шок III степени. ДВС-синдром, гипокоагуляционная стадия». В ПШО ей потребовались дренирование обеих плевральных полостей, шов лучевой артерии и внешняя фиксация костей предплечья слева, диагностическая тазовая ангиография с эмболизацией ветвей и ствола левой верхней ягодичной артерии, ПХО открытого перелома костей таза, мягких тканей левого плеча,

левого предплечья и левого бедра. Выписана через 3 месяца. У пострадавшей К., 29 лет, диагностированы сочетанная травма головы, груди, таза, конечностей. Осколочное слепое проникающее ранение черепа с повреждением головного мозга фрагментами костных отломков и формированием очагов размозжения лобных долей, с многооскольчатый переломом лобной кости с импрессией костных отломков в левую лобную долю с переходом линии перелома на сагиттальный шов и его расхождением, с переломом обеих теменных и височных костей. Сдавнение лобных долей острой эписубдуральной гематомой. Пневмоцефалия. Отек головного мозга. Рвано-размозженные раны лобной и теменных областей. Инородное тело мягких тканей левой височной области. Отогеморрагия. Акубаротравма. Контузия верхних век тяжелой степени тяжести. Закрытая травма груди с ушибом легких. Множественные осколочные слепые непроникающие ранения груди. Осколочные слепые ранения III и IV пальцев правой кисти. Многооскольчатый перелом обеих костей правой голени. Неполный отрыв II и III пальцев правой стопы. Острая кровопотеря средней степени тяжести. Шок I степени». В ПШО выполнялись декомпрессивная бифронтальная трепанация черепа, санация очагов контузии лобных долей головного мозга, расширяющая пластика твердой мозговой оболочки, лапароцентез, ПХО ран мягких тканей груди, левого предплечья, левой кисти, правой кисти, правой голени, внешняя фиксация переломов костей правой голени, спицевая фиксация II и III пальцев правой стопы. Через месяц после травмы произведены БИОС перелома правой большеберцовой кости и пластика твердой мозговой оболочки широкой фасцией бедра. Через 2 месяца переведена в санаторий для подготовки к краниопластике.

55. Особенности диагностики искусственных гнойно-воспалительных заболеваний мягких тканей

Коваль А.Н., Ташкинов Н.В., Мелконян Г.Г.

Хабаровск

Коваль А.Н.(1,2), Ташкинов Н.В.(2), Мелконян Г.Г.(1) 1) 301 ВКГ, 2) ДВГМУ

Актуальность. Универсального алгоритма диагностики искусственных гнойно-воспалительных заболеваний мягких тканей (ИГВЗМТ), вызванных умышленным введением различных субстанций в мягкие ткани, не существует, что крайне затрудняет диагностику. В настоящее время не существует специфических диагностических тестов для обнаружения ИГВЗМТ, за исключением тех случаев, когда пациент признался в членовредительстве. Поэтому диагноз ИГВЗМТ основывается на выявлении как прямых, так и косвенных признаков данной патологии. Материал и методы. Мы располагаем опытом лечения 302 мужчин – военнослужащих по призыву с ИГВЗМТ, находившихся на лечении в отделении гнойной хирургии 301-го Военного клинического госпиталя с 1987 по 2013 г.г., которые составили 6,1% среди пациентов с различными формами хирургической инфекции мягких тканей. Причину возникновения ИГВЗМТ удалось достоверно установить в 71,9% случаев. В 28,1% случаев больные не признали искусственный характер заболевания, несмотря на очевидные клинико-anamnestические признаки. В 88,7% случаев ИГВЗМТ возникло после введения в мягкие ткани нестерильных биологических жидкостей, в 11,3% – различных химических веществ. Для

введения в мягкие ткани указанных веществ использовались медицинский шприц (64,1%), швейная игла (34,6%) и другие предметы, смоченные иницирующим субстратом (1,3%). Наиболее часто ИГВЗМТ локализовалось на задней поверхности левой голени (32,5%) и передней поверхности правого бедра (6,6%). При ИГВЗМТ, инициированными нестерильными биологическими жидкостями, в 97% случаев наблюдались признаки анаэробной инфекции, что было статистически значимо чаще ($p < 0,05$) по сравнению с неартифицированными ГВЗМТ 2-4 уровня, при которых аналогичные признаки были выявлены у 4,5% пациентов. Диагноз ИГВЗМТ при первичном обращении за медицинской помощью был установлен лишь в 14 (4,6%) случаях. Полученные результаты и обсуждение. Мы считаем, что диагностика любого ИГВЗМТ основывается не только на выявлении жалоб и анамнеза заболевания, но и на локализации поражения, оценке личности пациента и результатах наблюдения за его поведением. Важнейшим условием ранней диагностики ИГВЗМТ является знание хирургом ряда характерных особенностей данной патологии. Врача должно насторожить несоответствие жалоб и анамнеза заболевания симптоматике, результатам объективного, лабораторного и инструментального обследования. В процессе изучения анамнеза заболевания необходимо выяснить, какие мотивы для воссоздания ИГВЗМТ могли быть у больного. Длительное обследование пациента в стационарах по поводу заболеваний, которые сложно подтвердить объективными данными, а также многочисленные обращения за медицинской помощью, в том числе психолого-психиатрической, также могут свидетельствовать об искусственном характере заболевания. Признаки эмоционального напряжения, возникающие в ходе опроса, могут косвенно указывать на искусственный характер заболевания. Самые ценные в диагностическом отношении данные могут быть получены при осмотре места патологии в ранние сроки после акта аутоагрессии. Характерным признаком ИГВЗМТ является наличие на коже в области воспалительного очага одной или нескольких мелких, округлых ран, прикрытых геморрагическими корочками, с небольшим перифокальным кровоизлиянием («след от укола»), расположенных на участках тела, доступных самоповреждению. Кроме того, необходимо учитывать «ведущую руку» пациента, а также помнить, что при содействии в членовредительстве соучастника, патологический процесс может иметь нетипичную локализацию. Выводы и рекомендации. Приведённый выше перечень признаков, свидетельствующих о наличии аутоагрессии, не является исчерпывающим, однако он служит основой для эффективной диагностики ИГВЗМТ.

56. Как не попасть хирургу на «жертвенный алтарь правосудия» при выполнении своих профессиональных обязанностей

Мяконький Р.В. (1), Каплунов К.О. (2), Лакеев А.Е. (3)

Волгоград

1) ГБУЗ "Волгоградская областная клиническая больница №3", 2) ГБУЗ "Городищенская ЦРБ", 3) Волгоградский государственный медицинский университет

Актуальность. Коррупция была и остается одной из глобальных проблем, стоящих перед мировым сообществом. Словом «коррупция» в нашей стране давно уже никого не удивить. Она пронизывает все сферы жизнедеятельности общества, в том числе и

здравоохранение. Значение сферы здравоохранения трудно переоценить: она позволяет обеспечить достижение таких целей, как естественный прирост населения, снижение заболеваемости, рост производительности труда, продление трудоспособного периода трудящихся, что содействует росту национального дохода страны и повышению благосостояния народа. Неуклонно растет число возбуждаемых уголовных дел по статьям о коррупции. Зачастую, в отчетах правоохранителей об эффективной борьбе с коррупцией фигурируют «дела врачей и учителей». Но насколько в действительности эффективна эта работа и в чем причина незащищенности врачей перед законом, их уязвимости перед пациентом и правоохранительными органами, которые время от времени устраивают «охоту на ведьм», принося врачей на «жертвенный алтарь правосудия». Материал и методы. Государство в соответствии со статьей 2 Конституции РФ признает жизнь и здоровье высшей ценностью, но платит хранителям этого здоровья крайне низко. В этом заключается первая причина уязвимости медиков в отношении получения благодарности от пациентов, что при необходимости может интерпретироваться как нарушение законодательства. Чтобы не попасть на «жертвенный алтарь правосудия» при выполнении своих профессиональных обязанностей хирургу необходимо знание законодательства. Цветы, конфеты, кофе и коньяк еще недавно были торжественным обычаем при выписке благодарное пациента. Любой, назвавший это взяткой, четверть века назад, не нашел бы понимания ни у врачей, ни у соседей по палате. Но на сегодняшний день ситуация кардинально изменилась, в настоящее время не стыдно мелочиться и попрекать врачей копеечными сувенирами. А если подарок более или менее дорогой, то есть возможность привлечь доктора к уголовной ответственности. Чтобы не брать взятку, надо знать, что такое взятка и чем она отличается от подарка. Полученные результаты. Согласно статье 290 Уголовного кодекса РФ «Получение взятки», такое деяние трактуется как: «... получение должностным лицом или через посредник... взятки в виде денег, ценных бумаг, иного имущества либо в виде оказания ему услуг имущественного характера, предоставления иных имущественных прав... за совершение действий (бездействие) в пользу взяткодателя или представляемых им лиц, ... если такие действия (бездействие) входят в служебные полномочия должностного лица либо если оно в силу должностного положения может способствовать таким действиям (бездействию), а равно за общее покровительство или попустительство по службе». Обсуждение. Во-первых, взятку можно дать только должностному лицу. Во-вторых, деньги от посредника – тоже взятка, даже если вы никогда не видели самого просителя. Равно считается взяткой и плата от просителя не за себя, а за родственника, земляка и т.п. В-третьих, взятка – это не только деньги. В-четвертых, взятку дают за исполнение или неисполнение служебного полномочия, а также за использование своего служебного положения – веская просьба, обращение к подчиненному, напоминание коллеге о долге за когда-то оказанную услугу и прочее использование связей на работе, но не за ее пределами. Остается самый важный вопрос: врач – должностное лицо или нет? Законодатель забыл на него ответить! И вообще, определение «врач» в законодательстве РФ не существует. В статье 2 Федерального закона от 21.11.2011г. № 323 упоминается только «лечащий врач» - врач, на которого возложены функции по организации и непосредственному оказанию пациенту медицинской помощи в период наблюдения за ним и его лечения. Организуя помощь, врач становится должностным лицом. Непосредственно оказывая медицинскую помощь, врач действует как обычный специалист организации. Т.е. обычно лечащий врач не должностное лицо, но несколько раз в течение рабочего дня становится должностным. На вопрос о врачах и взятках дает разъяснение пленум Верховного суда РФ, который в своем постановлении от 09.07.2013г. № 24 «О судебной практике по делам о взяточничестве и об иных коррупционных преступлениях» определил круг должностных обязанностей, за исполнение которых можно обвинить в коррупции. Нужно запомнить обстоятельства и ситуации, за которые никогда не стоит принимать плату. Согласно части 7 указанного постановления, к взяткам относится плата только за организационно-распорядительные и

административно-хозяйственные функции. Рассмотрим варианты административно-хозяйственных функций на примерах. Вам дали что-то раздавать по справедливости, а вы начали это продавать. Распространенным примером является право на социальные выплаты по временной нетрудоспособности, т.е. выдача больничных листов. Своей подписью в листе временной нетрудоспособности врач ставит государство в положение должника перед пациентом. Социальные выплаты по беременности, инвалидности, освобождение от обязанности проходить военную службу и т.п. делают врача экспертом, т.е. должностным лицом. Другая ситуация, вам доверили что-то охранять, а вы это начали распродавать. Даже если вы не руководите отделением, администрация лечебного учреждения может назначить вас дежурным администратором или ответственным за какое-нибудь помещение или прилегающий участок. В этом случае вы получаете его в управление и можете в определенных рамках распоряжаться. Разрешая пациенту припарковаться за определенную плату, даже небольшую, на служебной парковке, вы рискуете попасть под статью о коррупции. То же касается и «платных» одноместных палат, в которых госпитализируются пациенты для бесплатного (в рамках ОМС) лечения, но щедро отблагодарившие врача. Организационно-распорядительные функции. Принимая решение, подписать приказ, организатор здравоохранения любого уровня рискует. Например, вам поручили снабдить организацию всем необходимым, а вы отдаете преимущество поставщику, оплатившему вашу лояльность. Часто встречаются недобросовестные закупки оборудования, инструментария, лекарственных средств, расходных материалов и размещение заказов на работу и услуги. Другой пример, вас поставили следить за очередью, а вы продаете места. Часто в прямые обязанности заведующего отделением входит формирование очереди на госпитализацию и/или плановую операцию. И если пациент продвинулся в этой очереди, опередив других, у правоохранителей уже имеются основания для подозрений. Важное обстоятельство, в абсолютном большинстве (83,4%), опрошенные смешивают понятие из уголовного законодательства «Взятка» (статья 290 УК РФ) и понятие гражданского законодательства «Запрещение дарения» (статья 575 ГК РФ). Пациент или его родственники вправе подарить врачу подарок стоимостью до 3000 рублей. Превышение этой суммы не превращает подарок во взятку. Кроме того, в ГК РФ наказание за запретное дарение вообще не предусмотрено. Выводы. Коррупционные действия очень разнообразны. Чтобы не нажить себе неприятностей, следует помнить основополагающий постулат: взятка дается не за то, что вы умеете сами, а за то, что вас уполномочило государство. Если вы виртуозно оперируете, это ваше ценнейшее личное качество, приобретенное вами самостоятельно годами интенсивной практики, а не дарованное чьей-то властью. Никто не имеет права отождествлять это с коррупцией. Рекомендации. Кроме начавшейся под эгидой РОХ юридической защиты хирургов, необходима целенаправленная работа на юридическое просвещение хирургического сообщества, в которой будут рассматриваться важнейшие моменты, определяющие поведение хирурга в кризисной ситуации, будут даваться разъяснения профессиональных юристов и адвокатов.

57.Трехлетние результаты гастропанкреатодуоденальной резекции.

Атавов Р.С., Ионин В.П.

Ханты - Мансийск

Актуальность. При большинстве злокачественных, а часто и доброкачественных новообразований головки поджелудочной железы, холедоха, ДПК операцией выбора является гастропанкреатодуоденальная резекция (ГПДР). Послеоперационная летальность при ГПДР составляет от 3 до 5%, в то время как частота осложнений в раннем послеоперационном периоде остается на уровне – от 30 до 60%. Материалы и методы. Проанализированы результаты радикальных оперативных вмешательств за 2012-2014 годы у 34 пациентов, оперированных по поводу злокачественных новообразований головки поджелудочной железы, дистального отдела холедоха, БДС, ДПК. Среди оперированных пациентов мужчин – 21 (62%), женщин – 13 (38%). ГПДР выполнена 30 (88%) пациентам и 4 (12%) пациентам - панкреатэктомия. По локализации опухоли различали: БДС – 10 (30%) человек, ДПК – 3 (9%), дистальный отдел холедоха – 7 (20%), головка поджелудочной железы – 14 (41%). По морфологическому признаку: аденокарцинома БДС – 10 (30%), тубуловорсинчатая аденома ДПК – 1 (2,9%), аденокарцинома ДПК -1 (2,9%), GIST-опухоль ДПК – 1 (2,9%), аденокарцинома холедоха – 7 (20,5%), аденокарцинома поджелудочной железы – 12 (35,3%), муцинозно-кистозная опухоль головки поджелудочной железы – 1 (2,9%), нейроэндокринная карцинома головки поджелудочной железы – 1 (2,9%). Показаниями к панкреатэктомии считали следующие факторы: распространение опухоли на тело поджелудочной железы, панкреонекроз после попытки выполнения РХПГ и стентирования гепатикохоледоха. ГПДР выполняли без сохранения привратника. Объем лимфодиссекции соответствовал стандартной, по Castelfranco. Результаты. У всех пациентов, которым было выполнено наружное дренирование ГПП, без формирования панкреатико-энтероанастомоза (полный наружный панкреатический свищ), в послеоперационном периоде подтекал панкреатический сок, помимо дренажа, установленного в ГПП. Двум пациентам в данной группе дополнительных оперативных вмешательств не потребовалось. Двум другим пациентам выполнялись дренирующие операции по поводу затеков панкреатического сока и формирования абсцессов (локализовались в эпигастрии, в проекции послеоперационной раны, а так же по ходу дренажа ГПП). Через 5 месяцев всем четырем пациентам выполнено закрытие свищей с формированием панкреатикоэнтероанастомоза. Панкреатическая фистула определена у 4 (15,3%) из 26 пациентов, которым сформирован панкреатикоэнтероанастомоз. У 3 (11,5%) пациентов выявлены признаки фистулы класса «А» и только у 1 (3,8%) фистула класса «С». При фистуле класса «С» сформировался абсцесс в области культи поджелудочной железы который опорожнялся через срединную рану. Адекватным дренированием удалось добиться заживления раны вторичным натяжением. Операция заключалась в снятие швов с срединной раны, на ограниченном участке, ниже мечевидного отростка. Панкреатический свищ закрылся после реоперации через 8 дней. Оперативное вмешательство при фистулах класса «С» заключалось в разведении краев послеоперационной раны. Летальных случаев не было. Выводы. 1. Наружное дренирование ГПП при мягкой культе поджелудочной железы не снижает риск ранних послеоперационных осложнений. 2. Комбинация изолирования панкреатико-энтероанастомоза с применением каркасного дренажа позволяет снизить риск формирования панкреатических фистул. 3. Несостоятельность изолированного панкреатико-энтероанастомоза не является противопоказанием для энтерального кормления. 4. При изолировании панкреатико-энтероанастомоза для закрытия панкреатических фистул требуются минимальные оперативные вмешательства.

58. Особенности формирования некроза тонкой кишки в моделировании острой мезентериальной ишемии

Рябков М.Г., Балеев М.С., Киселева Е.Б., Гладкова Н.Д., Назыров Р.Р., Орищенко А.В.

Нижний Новгород

Городская клиническая больница № 30

Введение Проблема ранней диагностики и объективной верификации границ нежизнеспособности тонкой кишки при ее ишемическом поражении остается нерешенной (Багдасаров В.В., 2012). Цель – изучить особенности развития некроза тонкой кишки при острой окклюзионной мезентериальной ишемии в экспериментальном исследовании. Материал и методы Экспериментальное исследование проведено на базе Нижегородской государственной медицинской академии и основано на результатах исследования 10 лабораторных животных – взрослых крыс-самцов линии «Вистар» (массой от 220 до 275 г.). Острую мезентериальную ишемию у крыс моделировали способом полной сегментарной турникетной ишемии тонкой кишки (tour-vessel occlusion model in the rat) (Басараб Д.А., 2012). После появления визуальных признаков нежизнеспособности кишки эксперимент прекращали, кишку резецировали, фиксировали в 10% нейтральном растворе формалина, срезы каждого из секторов кишки окрашивали гематоксилином и эозином, после чего проводили их морфометрическое исследование. Гистологические препараты описывали в соответствии с глубиной ишемического повреждения кишки. ? I - ишемия (отек, полиморфноклеточная инфильтрация, полнокровие, микротромбы, сладж в венозных сосудах слизистого и подслизистого слоев) без некроза; ? II – поверхностный некроз (ишемия + участки некроза в слизистой и подслизистой оболочке); ? III – глубокий некроз (ишемия+ участки некроза всех слоев кишечной стенки). Морфометрическую оценку полученных гистологических микропрепаратов с последующим статистическим анализом провели с помощью системы обработки и анализа изображений ImageJ. Для статистической обработки данных использовали программу IBM SPSS Statistics. 20. Оценку статистической значимости различий при сравнении групп по количественному признаку проводили по критериям Манна–Уитни и Краскала-Уоллеса; корреляционную связь – критерием Спирмена. Результаты Проведено исследование 318 гистологических срезов полученных 63-х секторов ишемизированной кишки: ишемия без признаков некроза констатирована в 14 секторах из 63 (22,2%); некротические изменения различной глубины подтверждены в 49 секторах кишки из 63 (77,8%): в 24 секторах ишемизированной кишки (38,1%) очаги некроза не выходили за пределы слизистого и подслизистого слоев кишечной стенки; в 25 секторах (39,7%) установлено наличие трансмурального некроза, распространенного на все слои стенки кишки Вывод Острое нарушение мезентериального кровообращения, смоделированное при помощи полной турникетной интестинальной ишемии, сопровождается развитием некроза кишки различной глубины и распространенности, что имеет высокую информативную ценность и может быть использовано в целях сохранения большего объема кишки при её резекции.

59. Перфоративный перитонит у больных с ВИЧ-инфекцией

Белов С.А., Шаповалов А.С., Пименов Н.А., Бобырева М.Г., Суднищikov В.В.

Рост заболеваемости ВИЧ-инфекцией приводит к увеличению числа случаев туберкулеза множественных локализаций. Абдоминальный туберкулез составляет около 25% среди прочих специфических поражений у больных с поздними стадиями ВИЧ-инфекции. Наиболее грозным осложнением абдоминального туберкулеза является перфорация язв кишечника. Цель исследования - изучить результаты хирургического лечения абдоминального туберкулеза при перфорации язв кишечника у больных с ВИЧ-инфекции в стадии 4В. Материал и методы исследования. Проведен анализ 41 историй болезни пациентов, находившихся на лечении в хирургическом отделении ГБУЗ “Приморский краевой противотуберкулезный диспансер” в 2000-2016 гг., с ВИЧ-инфекцией в стадии 4В осложненной перфоративным перитонитом. Все пациенты поступали в тяжелом состоянии и оперированы в экстренном порядке. В зависимости от тактики хирургического лечения больные были разделены на три группы. В I группе (18 пациентов) производили резекцию кишки с наложением анастомоза. Во II группе (14 пациентов) производили резекцию кишки с наложением энтеростомы. В III группе (9 пациентов) производили ушивание перфораций кишечника. Результаты и обсуждение. Проведенное исследование свидетельствовало, что у всех пациентов туберкулез носил генерализованный характер, с вовлечением легких, лимфатических узлов и кишечника. В трех случаях наблюдалось поражение позвоночника, в двух – головного мозга. Во время операции преобладало язвенное поражение подвздошной и слепой кишки с множественными перфорациями – 32 (78%) случая. Единичные перфорации (до 3-х) наблюдались у 9 (22%) пациентов. Во всех случаях выявлено обширное поражение мезентериальных лимфатических узлов и распространенный перитонит. У 19 (46,3%) больных установлен серозный перитонит, 18 (43,9%) – фибринозно-гнойный, 4 (9,8%) – каловый. В отделяемом экссудате из брюшной полости у 26,8% пациентов, методом люминесцентной микроскопии, выявлены кислотоустойчивые микобактерии. В лабораторных показателях преобладали анемия, лимфоцитопения, снижение уровня общего белка и альбумина, уремия, отсутствие лейкоцитоза. Уровень CD4-клеток не превышал 100 в 1 мкл. В I группе исследования перфорация новых туберкулезных язв кишечника отмечена у 2 (11,1%) больных, несостоятельность анастомоза наблюдалось – 3 (16,7%), нарастающая полиорганная недостаточность – 3 (16,7%). Во II группе у 1 (7,1%) пациента выявлены новые перфорации кишки и прогрессирование перитонита, нарастающая полиорганная недостаточность – 3 (21,4%). В III группе исследования перфорация новых туберкулезных язв кишечника отмечена у 2 (22,2%) больных, несостоятельность швов и прогрессирование перитонита наблюдалось – 3 (33,3%) пациентов, нарастающая полиорганная недостаточность – 1 (11,1%). Данные нашего исследования свидетельствуют, что осложнения в первой группе развилось у 8 (44,4%) больных, во второй – 4 (28,6%), в третьей – 6 (66,7%). Статистическая обработка материалов исследования установила, что разница развития осложнений во второй группе наблюдения достоверно отличалась от третьей ($p < 0,05$), что связано с отсутствием эффективной реакций клеточного и гуморального звена иммунитета у пациентов. Неблагоприятный исход заболевания наблюдался в первой группе в 10 (55,6%) случаях, во второй – 6 (42,9%), в третьей – 7 (77,8%). Изучение влияния различных способов хирургического лечения на исход заболевания установило статистически значимую разницу второй группы наблюдения от третьей ($p < 0,05$), что объясняется сохранением источника перфоративного перитонита. Таким образом, ушивание перфоративных туберкулезных язв в условиях глубокого иммунодефицита повышает вероятность развития осложнений, прогрессирования перитонита и неблагоприятного исхода.

Применение резекции кишечника с наложением энтеростомы у больных с поздними стадиями ВИЧ-инфекции снижает количество осложнений и летальность.

60.Эндовидеохирургическая паховая герниопластика, когда видно всем

Михин И.В., Поляков А.А., Косивцов О.А., Рясков Л.А.

Волгоград

Волгоградский государственный медицинский университет

Актуальность: до 10-25% от всех оперативных вмешательств в общей хирургии составляет паховая герниопластика. Фаворитами в лечении паховых грыж являются открытые методики, что связано с трудностью освоения эндоскопических методов, хотя видеондоскопический подход возможен почти при всех видах паховых грыж. В основном применяют 2 способа эндовидеохирургической паховой герниопластики: трансабдоминальный (ТАРР) и экстраперитонеальный (ТЕР). Материал и методы: эндоскопические вмешательства при паховых грыжах мы выполняем с 2015 года. За это время были оперированы 84 пациента. Из них у 23 (27,4%) имелись двухсторонние паховые грыжи: у 13 - двухсторонние прямые, у 3 - двухсторонние косые, у 4 - двухсторонние сочетанные, у 2 - панталонная и косая, у 1 - панталонная и прямая. Во время оперативного вмешательства у 2 (2,4%) пациентов выявлены оккультные грыжи: в 1 случае контрлатеральная косая и бедренная и в другом запирательная. Всего мы выполнили 107 эндовидеохирургических операций: 85 (79,4%) – ТАРР и 22 (20,6%) - ТЕР. Возраст исследуемых больных находился в пределах от 18 до 87 лет. Мужчин было 81 (96,4%), женщин 3 (3,6%). Для облегчения диссекции тканей в сложных случаях у мужчин и для сохранения круглых связок матки у женщин мы применяем метод гидропрепаровки тканей раствором новокаина, при этом обращаем внимание на наличие липом в структуре канатика и удаляем их. Диссекция пахового региона должна затрагивать три возможных места выхода грыж - пахового, бедренного и запирательного, в связи с этим, мы применяем полипропиленовые сетчатые протезы с минимальными размерами 12x15 см, увеличивая размер протеза при грыжевых дефектах более 4см. Тщательная париетализация нижнего лоскута брюшины и диссекция ниже лона до запирательных сосудов является залогом профилактики рецидива паховых грыж, исключая подворачивание (роллинг), лифтинг сетчатого протеза при ушивании брюшины. У 3 больных с большими и гигантскими пахово-мошоночными грыжами на края грыжевых дефектов, превышающих 4-5 см в наибольшем измерении, накладывали безнатяжные каркасные полипропиленовые швы, препятствующие «продавливанию» сетчатого протеза в послеоперационном периоде. Принципиальным моментом считаем использование протеза без раскроя под семенной канатик, так как зона раскроя становится «слабым» местом и увеличивает риск развития рецидива, а также обращаем внимание на расположение протеза по центру грыжевого дефекта, смещая его на контрлатеральную сторону при прямых грыжах. Фиксацию протезов производим инвазивным методом - герниостеплером, по редуцированной схеме в 1-3 точках и неинвазивными - медицинским клеем и вакуум-позиционированием. При пластике грыжевых ворот с размером до 3см во время выполнения 9 последних операций фиксацию протеза не производили. При ТАРР, по аналогии с ТЕР, нами используется способ безфиксационного вакуум-

позиционирования протезов, что выполнено ещё у 5 пациентов. Также хотелось бы отметить нашу принципиальную позицию, заключающуюся в записи всех наших вмешательств на информационные носители, с дальнейшим ревизионным коллегиальным просмотром операции и оценкой тактических и технических нюансов и возможных ошибок, что многократно увеличивает качество исполнения операции, позволяя сократить в последующем время и затраты. Результаты и обсуждение: активизацию больных проводили в первые часы после операции, все больные были готовы к выписке на следующий день. Летальных исходов, ранних рецидивов, хронического болевого синдрома не было. Вывод: таким образом, использование видеозендоскопических методик позволяет выполнить герниопластику практически во всех случаях, выявить оккультные (контралатеральные, панталонные, запираемые, бедренные) грыжи, путем использования редуцированной инвазивной и неинвазивной фиксации избежать хронического болевого синдрома, а командная работа хирургического коллектива с коллегиальным просмотром видеозаписей вмешательств с контролем качества исполнения делает этот метод безопасным и приоритетным в лечении одной из самых распространенных проблем современной хирургии.

61.Способ профилактики рецидива и повышение косметического эффекта при стандартной IPOM-пластике по поводу пупочной грыжи

Мяконький Р.В., Морозова А.В.

Волгоград

ГБУЗ "Волгоградская областная клиническая больница №3"

Введение. Грыжи живота остаются одной из самых распространенных хирургических патологий человека, они встречаются у 3-4% всего населения. Из общего числа операций на органах брюшной полости 10-12% приходится на операции по поводу грыж. Грыжа пупочного кольца по частоте встречаемости находится на втором месте среди всех грыж передней брюшной стенки. В арсенале современной хирургии имеется высокотехнологичное оборудование, позволяющее выполнять операции различного объема с максимальным косметическим эффектом при минимальной травматизации. В настоящее время золотым стандартом в хирургии по праву являются эндоскопические вмешательства. Запросы современного пациента и влияние бютисферы определяют повсеместное внедрение малоинвазивных технологий, не является исключением и герниология. В числе часто выполняемых операций при пупочной грыже, является IPOM-пластика (интраабдоминальная) передней брюшной стенки сетчатым имплантом со специальным покрытием, который располагается и фиксируется к внутренней поверхности передней брюшной стенки без отграничения его от органов брюшной полости. Тем не менее, даже современные технологии не дают гарантии от рецидива, а при больших пупочных грыжах требуют поиска методик, способных обеспечить высокий косметический результат. Цель нашей работы предложить способ, дополняющий IPOM герниопластику, позволяющий исключить рецидив пупочной грыжи и обеспечить высокий косметический эффект. Материалы и методы. Для решения обозначенной задачи на базе хирургического отделения ГБУЗ «Волгоградская областная клиническая больница № 3» г. Волгограда, разработан и внедрен новый способ пластики грыжевых ворот при

пупочной грыже, дополняющий стандартную IPOM герниопластику. Оснащение: скальпель, шовный инструмент BERCİ, зажим Бильрота, иглодержатель Гегара, игла хирургическая режущая с изгибом 3/8 окружности или лыжеобразная игла, лигатуры из нерассасывающегося материала. Техника выполнения вмешательства: после освобождения грыжевого мешка от содержимого производят его гофрирование. Определив края грыжевых ворот, с помощью скальпеля около пупка с обеих сторон скальпелем на глубину кожи производятся насечки длиной 2-3 мм, через которые с помощью шовного инструмента BERCİ выполняется прокол брюшной стенки. Нить в брюшной полости фиксируется эндоскопическим зажимом. Инструмент BERCİ удаляется и аналогичным образом прокалывается брюшная стенка в контрлатеральной насечке, нить захватывается инструментом BERCİ и выводится наружу. После наложения 3-4 таких швов, один из концов нити с помощью режущей иглы с изгибом 3/8 окружности и иглодержателя Гегара или лыжеобразной иглы проводится подкожно над апоневрозом с частичным его захватом в петлю, при этом игла должна выйти через насечку противоположной стороны от пупка. После этого открыв троакары необходимо частично снять карбоксиперитонеум, для уменьшения натяжения тканей. Экстракорпорально формируется узел (количество узлов зависит от типа выбранной нити), который погружается под кожу через насечку, концы нити срезаются над узлом. Получаются вертикальные (относительно грыжи) П-образные швы. Края насечки поднимаются и адаптируются с помощью зажима Бильрота. Последовательно погружаются все узлы, в результате чего устраняется грыжа, при этом грыжевой мешок и пупок гофрируются. Насечки с обеих сторон от пупка можно ушить для достижения, большего косметического эффекта. Возобновляется карбоксиперитонеум, производится оценка адекватности ушивания грыжевых ворот со стороны брюшины. После чего производится стандартная IPOM герниопластика. Швы с окологрыжевых насечек при их ушивании снимаются на 2-е сутки. Результаты и обсуждение. В доступной литературе не удалось найти описание предлагаемой методики. Данный способ не увеличивает длительность послеоперационного периода и реабилитации пациента в сравнении со стандартной IPOM герниопластикой, в тоже время повышает косметический эффект и ускоряет процесс облитерации грыжевого мешка, препятствуя рецидиву заболевания. Выводы. Предложенная методика позволяет представить ее как новый способ повышения косметического эффекта стандартной IPOM герниопластики при пупочных грыжах, исключая развитие рецидива заболевания. При небольших пупочных грыжах (диаметр грыжевых ворот до 2 см) предлагаемая лапароскопическая герниорафия может быть использована как самостоятельный метод пластики. Рекомендации. Новый способ профилактики рецидива и повышение косметического эффекта при IPOM-пластике по поводу пупочной грыжи может быть широко внедрен в повседневную клиническую практику, как общехирургических, так и специализированных герниологических клиник, поскольку метод достаточно прост и экономически привлекателен.

62. Лечебная лапароскопия инструментами диаметром 5 и 10 мм у больных стерильным панкреонекрозом, осложнённым перитонитом

Капшитарь А.В.

Запорожье, Украина

При наличии стерильного панкреонекроза (СП), осложнённого перитонитом стандартом в комплексном лечении является малотравматичная лечебная лапароскопия (ЛЛС) инструментами диаметром 10 мм. Она показала высокую эффективность. Уменьшение травматичности ЛЛС можно достичь, используя инструменты меньшего диаметра, что утвердило название - минилапароскопия (МЛС). Однако широкого распространения в хирургической практике МЛС не получила. Цель исследования: уменьшить травматичность лечебной лапароскопии при стерильном панкреонекрозе с перитонитом, используя инструменты диаметром 5 мм. Материал и методы. В хирургическом отделении КП „Городской клинической больницы № 2”, базы кафедры хирургии и анестезиологии ФПО, у 46 больных СП, осложнённым перитонитом выполнили ЛЛС. Мужчин было 21 (45,7%), женщин – 25 (54,3%). Возраст 21 – 82 года. Методы исследования: лабораторно-биохимические, лучевые, эндоскопические. После аспирации экссудата из брюшной полости, используя сконструированный нами полый манипулятор, выполнили лапароскопическую блокаду круглой связки печени (ЛБ КСП) (Патент Украины № 28854 А). Дренировали брюшную полость и малый таз, используя сконструированный нами троакар. В группу А (основную) включили у 12 (26,1%) больных, у которых использовали набор инструментов, центральной частью которых были оптическая трубка диаметром 5 мм с углом оптики 30 градусов производства фирмы „ЭлеПС" г. Казань (Россия), троакар диаметром 5 мм с автоматическим клапаном и гладкой канюлей фирмы ООО НПФ „КРЫЛО" г. Воронеж (Россия) для однопрокольной методики О.С. Кочнева (1988). Группа В (сравнения) составила 34 (73,9%) пациента. У них ЛЛС выполнили аппаратом фирмы Karl Storz (Germany) стандартными инструментами диаметром 10 мм по усовершенствованной методике Kelling. Результаты исследований. Из всех 46 больных болевой синдром у 34 (73,9%) пациентов купирован в конце ЛБ КСП, в т.ч. в группе А - у 9 (75%) больных и группе В – у 26 (76,5%). Болевой синдром значительно уменьшился и ликвидирован в течение 1 – 2 суток у 12 (26,1%) пациентов. Неодинаковым было уменьшение болевого синдрома, соответственно у 3 (25%) больных и 8 (23,5%). Его выраженность в послеоперационном периоде в основной группе была меньше. В связи с уменьшением длины лапароскопического доступа в основной группе для закрытия раны использовали лишь 1 шов вместо 2 швов в группе сравнения. Клинические симптомы регрессировали. Восстановлена функция желудочно-кишечного тракта. Спустя 1-2 суток прекратилось отделяемое из брюшной полости по дренажам. Диастаза экссудата из брюшной полости уменьшилась с 512 г/ч до 12 г/ч, амилаза крови - с 176 до 32 г/ч, диастаза мочи – с 4096 до 64 ед. и нормализовались к 4-5 суткам. Достаточно быстро пришли к норме основные показатели крови (Hb, Er, L, лейкоцитарная формула и др.). Быстро нормализовались биохимические показатели крови – на 3-5 сутки. СП у 43 (93,5%) пациентов принял abortивное развитие. Дренажи из брюшной полости удалены на 3 - 4 сутки. Швы сняты на 5 - 6 сутки. Средний койко/день 12. Однако, у 3 (8,8%) больных группы сравнения прогрессировал СП с образованием крупных секвестров, абсцесса сальниковой сумки и флегмоны забрюшинного пространства. Выполнена лапаротомия с хирургической коррекцией, люмботомия слева без летальных исходов. Выводы: 1. Внедрение лечебной МЛС в лечении СП с перитонитом уменьшило травматичность лапароскопического доступа в 2 раза и повысило косметичность. 2. Болевой синдром в конце ЛБ КСП купирован практически одинаково часто в группах, у остальных - интенсивность болевого синдрома была менее выраженной в основной группе. Остальные сравниваемые показатели не имели различий в группах. Лапаротомия потребовалась 3 (8,8%) больных группы сравнения из-за развития инфицированного панкреонекроза и его осложнений. 3. Недостатками МЛС являются некоторая сложность, связанная с гибкостью инструментов, ограничение полей зрения, несколько худшая освещённость, а при осмотре с расстояния 5 см – некоторое искажение линий.

63.Способы гемостаза разрывов печени при закрытой травме печени

Капшитарь А.В.

Запорожье, Украина

Запорожский государственный медицинский университет

Разработка способов гемостаза повреждений печени началась с 1844 года, когда Roux впервые определил подходы к лечению ран печени при наличии кровотечений – рассечение брюшной стенки и закрытие раны печени лигатурой. Позже было предложено много различных видов швов печени. Для тампонады ран печени и опоры для швов используются большой сальник, консервированная ксеногенная брюшина, биоматериалы. Применяют аппараты (электророхирургические, плазменные, ультразвуковые, лазерные, микроволновые, криохирургические и др.), окутывание компрессирующей сеткой из рассасывающихся материалов, гемостатические вещества и др. Цель исследования: улучшить результаты хирургического лечения закрытой травмы печени путём дифференцированного выбора способов местного гемостаза. Материал и методы. Нами за 10-летний период проведен анализ хирургического лечения 56 пострадавших с закрытой травмой печени. Мужчин было 54 (96,4%), женщин – 2 (3,6%) . Возраст 16-90 лет. В остром алкогольном отравлении и шоке находились 49 (87,5%) пациентов. Обстоятельства разрывов печени: ДТП – у 24 (42,9%) пострадавших, бытовая травма – у 18 (32,1%), кататравма – у 10 (17,9%), не известны - у 4 (7,1%). Изолированная травма печени имела место у 9 (16,1%) пациентов, множественная – у 17 (30,4%) и сочетанная – у 30 (53,6%). Полученные результаты. После срединной лапаротомии у пострадавших, находящихся в критическом состоянии, временный гемостаз осуществлён пережатием аорты под диафрагмой. При значительном кровотечении из печени у 26 (42,6%) пациентов методами временного гемостаза было пережатие печёчно-двенадцатиперстной связки на 15-20 минут по Pringl (1908), у 7 (12,5%) – турникетом, у 5 (8,9%) - зажимом Сатинского, у 8 (14,3%) – тугая тампонада марлевыми тампонами, у 4 (7,1%) – сдавление печени обеими руками. Согласно классификации Шапкина В.С. с соавт. (1977) I степень тяжести выявлена у 12 (21,4%) пострадавших. II степени – у 21 (37,5%), III степени – у 9 (16,1%) и IV степени – у 10 (17,9%). На „сухом” поле избран способ окончательного гемостаза в зависимости от масштаба разрушения паренхимы печени, сосудисто-секреторных ножек долей, сегментов печени их ветвей, повреждений воротной и полых вен, печёночной артерии и их ветвей. Корригированы множественные и сочетанные повреждения. При I-II степени повреждений печени у 33 (58,9%) пациентов гемостаз осуществлён путём наложения швов на разрыв печени (II-образные швы викриловой нитью-17 и кетгутовой нитью-8, разработанным способом (Патент Украины № 36944)-8). III степень повреждений печени у 9 (16%) пострадавших потребовала хирургической обработки разрывов печени. Резекция печени атипичным способом, холецистэктомия с дренированием холедоха по Холстеду при IV степени повреждений печени у 10 (17,8%) пациентов осуществлена разработанным способом (Патент Украины № 18359). Тугая тампонада марлевыми тампонами разрыва в воротах печени у 3 (5,4%) пострадавших стала вынужденной мерой гемостаза. Нагноившаяся гематома поддиафрагмального пространства при спонтанном гемостазе из разрыва печени поздних сроков травмы вскрыта у 1 (1,8%) пациента. Течение послеоперационного периода осложнилось развитием абсцессов брюшной полости у 6

(10,7%) пострадавших (поддиафрагмального-4, подпечёночного-2), потребовавших релапаротомии и дренирования. Умерли 20 (35,7%) пациентов, причиной смерти у 11 (55%) пострадавших стал шок, у 4 (20%) – черепно-мозговая травма, у 3 (15%) – травма груди, у 1 (5%) – инфицированный панкреонекроз и у 1 (5%) – сепсис. Выводы: 1. Способ гемостаза из разрывов печени зависит от масштаба разрушения, повреждений сосудисто-секреторных ножек долей, сегментов печени, их ветвей, воротной и полых вен, печёночной артерии и их ветвей. 2. Шов печени остаётся наиболее востребованным способом гемостаза и применён нами при I-II степени повреждений, другие способы – при III- IV степени. 3. Дифференцированный выбор способа гемостаза при повреждениях печени, с учётом разработанных нами способов, позволит улучшить результаты лечения.

64.Травматические повреждения прямой кишки

Капшитарь А.В.

Запорожье, Украина

Запорожский государственный медицинский университет

Актуальность травматических повреждений прямой кишки (ТППК) обусловлена тяжестью травмы прямой кишки, частым сочетанием с повреждениями мочевого пузыря, мочеточников, крупных сосудов и нервных стволов, переломами костей таза. Их диагностика и хирургическое лечение остаётся сложной проблемой с высоким удельным весом послеоперационных осложнений – 28,5% и летальности – 14,2%. Цель работы: дать оценку результатам диагностики и лечения у пострадавших с травматическими повреждениями прямой кишки. Материал и методы. В исследование включены 16 пациентов с ТППК, находившихся в хирургическом отделении КП „Городской клинической больницы № 2”, базы кафедры хирургии и анестезиологии ФПО, с 1981 по 2011 годы. Мужчин было 12 (75%), женщин – 4 (25%). Возраст 21-65 лет. Зарытая травма живота была у 6 (37,5%) пострадавших и открытая - у 5 (31,3%), инородные тела - у 5 (31,3%). При открытой травме живота у 2 (12,5%) пациентов рана локализовалась в ягодичной области, у 2 (12,5%) – паховой (эвентрация сигмовидной кишки-1) и у 1 (6,3%) – промежности. В состоянии алкогольного отравления и шока находились все пострадавшие. Сроки госпитализации составили 10 минут-5 суток. Полученные результаты. После обследования при закрытой травме живота у 3 (18,8%) пациентов диагностированы повреждения органов (сигмовидная кишка-1, селезёнка-1, полый орган-1), у 1 (6,3%) – перфоративный рак ободочной кишки и у 2 (12,5%) – перитонит. При открытой травме живота ТППК не диагностированы. В группе пострадавших с инородными телами они выявлены у 3 (18,8%) пациентов, а у 2 (12,5%) – гнойный парапроктит. На операции изолированная травма прямой кишки диагностирована у 8 (50%) пострадавших, сочетанная травма – у 8 (50%). Внутрибрюшинные ТППК были у 10 (62,5%) пациентов, внебрюшинные – у 6 (37,5%). Повреждения всех слоёв прямой кишки выявлены у 10 (62,5%) пострадавших, слизисто-подслизистого слоя – у 5 (31,3%), отрыв ректо-сигмоидного отдела – у 1 (6,2%). Разлитой перитонит был у 5 (31,3%) пациентов (каловый-4, гнойный-1), гемоперитонеум – у 5 (31,3%). При закрытых ТППК у 4 (66,7%) пострадавших ушиты разрывы прямой кишки (операция Гартмана-2, в т.ч. у 1 с резекцией тонкого кишечника и энтеро-энтеро-анастомозом, ушиванием разрывов тонкой кишки и

её брыжейки; операция Майдля-2), у 1 (16,7%) – операция Гартмана и у 1 (16,7%) – вскрыты межпечельные абсцессы брюшной полости. У всех 5 пациентов с открытой травмой живота раны прямой кишки ушиты из лапаротомного доступа. Дополнительно у 3 (60%) раненых осуществлена операция Майдля (ушита рана ректо-сигмоидного отдела-1, перевязана внутренняя подвздошная артерия-1), у 1 (20%) – операция Гартмана и у 1 (20%) – ушита рана тонкого кишечника, сигмовидной кишки, мочевого пузыря с эпицистостомой. Сочетанные повреждения коррегированы. Все инородные тела прямой кишки удалены с помощью ректальных зеркал. Лишь у 1 (20%) пациента параректальная клетчатка дренирована в зоне ранения внебрюшинного отдела прямой кишки с последующей лапаротомией и операцией типа Гартмана. После операции у 4 (25%) пострадавших развились осложнения (аррозивное кровотечение из ветвей подвздошной артерии-2, некроз концевой сигмостомы-1, продолженный перитонит-1). Релапаротомия (РП), прошивание кровотечащих ветвей подвздошной артерии на протяжении выполнена у 2 (50%) пациентов, резекция концевой сигмостомы с повторным её наложением – у 1 (25%) и операции Майдля с широким дренированием флегмоны параректального пространства – у 1 (25%) из-за впервые диагностированного внебрюшинный разрыв заднего отдела прямой кишки с программированной РП. Умерли 4 (25%) пострадавших, из них 3 (75%) пациентов с закрытыми ТППК и 1 (25%) – открытыми. Причиной смерти у 3 (75%) пострадавшего стал сепсис и у 1 (25%) – шок. Выводы: 1. ТППК остаются редким и тяжёлым видом повреждений при закрытой и открытой травме живота и промежности, инородных телах. 2. Высока частота осложнений-25%, релапаротомий – 25% и летальности – 25%. 3. Объём хирургического вмешательства зависит от многих факторов.

65.Эффективность диагностического перитонеального лаважа у пострадавших с закрытой травмой живота

Капшитарь А.В.

Запорожье, Украина

Запорожский государственный медицинский университет

Травматической пандемией характеризуется сегодня состояние травматизма. В структуре травматизма мирного времени травма живота составляет от 1,5 до 18%. Доминируют закрытые повреждения – наиболее тяжёлый их вид, трудный для диагностики, особенно при сочетанной травме. Несмотря на широкое применение клиничко-лабораторных методов исследования диагностические ошибки встречаются в 15-23,5% случаев, а при сочетанной травме ещё выше. Несвоевременная диагностика абдоминальных повреждений резко ухудшает результаты лечения в хирургической клинике. Инвазивным, общедоступным дополнительным методом исследования является диагностический перитонеальный лаваж (ДПЛ). Его диагностическая точность составляет 87,7-97%. Опубликованы данные о наличии ложно-положительных результатов у 3,3-4,5% пострадавших и ложно-отрицательных – 4,5-9%. Цель исследования: оценить эффективность диагностического перитонеального лаважа в диагностике повреждений органов брюшной полости при закрытой травме живота до внедрения в хирургическую клинику УЗИ и лапароскопии. Материал и методы. Под нашим наблюдением находились 274 пациента с подозрением на повреждения органов брюшной полости при закрытой

изолированной, множественной и сочетанной травме живота, отобранные методом сплошной выборки. Мужчин было 216 (78,8%), женщин – 58 (21,2%). Возраст 17-87 лет. Преобладали лица от 20 до 40 лет – 86 (31,4%). В состоянии шока и острого алкогольного отравления СМП доставлены 220 (80,3%) пострадавших. Из приёмно-диагностического отделения после клинического обследования и забора материала для лабораторно-биохимических исследований, по показаниям рентгеноскопии грудной и брюшной полостей, консультаций смежных специалистов, пострадавшие переведены в операционную. С целью ранней диагностики травматических абдоминальных повреждений, показаний к неотложной лапаротомии и исключения напрасной лапаротомии и динамического наблюдения на фоне реанимационно-анестезиологического пособия у всех 274 пациентов выполнен ДПЛ путём введения по дренажу в брюшную полость 1 л физиологического раствора после „сухой” пункции брюшной полости. Полученные результаты. Согласно оценке, полученного из брюшной полости по катетеру отделяемого, не/диагностированы травматические повреждения органов брюшной полости и определена лечебная тактика. I группу составили 50 (18,2%) пострадавших, у которых из брюшной полости получена кровь – диагностированы повреждения абдоминальных органов. Из них 2 (4%) пациентов умерли на операционном столе до лапаротомии от тяжёлой сочетанной травмы, а на аутопсии подтверждены повреждения абдоминальных и других органов. Неотложная лапаротомия выполнена 48 (96%) пострадавшим, из которых у 46 (95,8%) пациентов подтверждены абдоминальные повреждения, а у 2 (4,2%) – лапаротомия оказалась напрасной. Релапаротомия выполнена у 2 (4,2%) пострадавших в связи с развитием у 1 (50%) пациента поддиафрагмального абсцесса и у 1 (50%) – ранней низкой спаечной тонкокишечной непроходимости. Во II группу включили 224 (81,8%) пострадавших, у которых после ДПЛ исключены травматические повреждения абдоминальных органов. Из них у 198 (88,4%) пациентов из брюшной полости по дренажу оттекал прозрачный физиологический раствор и у 26 (11,6%) – раствор слабо-розовой окраски или кровь до 10 мл. В брюшной полости оставлен контрольный дренаж на 3 суток. Спустя 12-18 часов у 14 (6,3%) пострадавших из брюшной полости по дренажу стало поступать патологическое отделяемое, что явилось показанием к лапаротомии. На операции диагностированы повреждения органов брюшной полости, осложнённые гемоперитонеумом и перитонитом. Выводы: 1. Эффективность диагностического перитонеального лаважа у пациентов с закрытой травмой живота составила 94,2%. 2. Ложно-отрицательный результат диагностического перитонеального лаважа имел место у 6,3% и ложно-положительный – у 4%. 3. С целью повышения эффективности диагностического перитонеального лаважа необходимо определять в оттекающей жидкости гематокрит, гемоглобин, эритроциты, лейкоциты.

66.ПРИМЕР ЭНДОВИДЕОХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ЛЕВОСТОРОННЕЙ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОЙ ДИАФРАГМАЛЬНОЙ ГРЫЖИ

Стрижелецкий В.В., Макаров С.А., Спичакова Е.А.

Санкт-Петербург

Городской центр инновационных медицинских технологий Городской больницы Святого Великомученика Георгия

Посттравматические грыжи диафрагмы составляют 10 — 14 % от всех диафрагмальных грыж. Они развиваются вследствие разрывов диафрагмы при закрытой травме живота (60 — 70 % от всех посттравматических диафрагмальных грыж), закрытой травмы груди (20 — 30 %), огнестрельных и колото-резаных торако-абдоминальных ранениях (5-10 %), так же нужно учитывать и возможность ятрогенного повреждения. Грыжевые ворота отличаются вариабельностью размеров (могут достигать 15-18 см) и локализации. Левосторонние диафрагмальные грыжи встречаются в 60-75%, правосторонние в 20-25 % всех посттравматических диафрагмальных грыж. Двусторонние повреждения диафрагмы и вовлечение сухожильного центра редки. Они встречаются у 1-1,5% пациентов с повреждениями диафрагмы. В 90 — 95 % случаев из-за разницы давления в плевральной и брюшной полостях происходит пролабация органов брюшной полости в плевральную полость. Так же как и при других грыжах, при посттравматических диафрагмальных грыжах возможно ущемление внутренних органов, что встречается в 30-40 % всех посттравматических диафрагмальных грыж. Приводим пример лечения левосторонней посттравматической диафрагмальной грыжи при помощи заплаты для закрытия дефекта диафрагмы BardCrurasoft 11,0x8,0 см. Больной А., 45 лет обратился на консультацию в плановом порядке с жалобами на боли в эпигастрии, загрудинные боли, иррадиирующие в спину, тяжесть в эпигастрии, изжогу, горечь во рту, возникающие после приема пищи в течение последних 6 лет. Все это время получал консервативную терапию по поводу ГЭРБ – на фоне которой сохранялся выраженный болевой синдром. Из анамнеза: в 2005 г. непроникающее колото-резанное ранение живота. После чего, неоднократно выполнялась флюорография, при которой никаких патологических изменений органов грудной клетки не выявляли. Был установлен предварительный диагноз грыжа пищеводного отверстия диафрагмы. При рентгеноскопии желудка выявлена скользящая грыжа пищеводного отверстия диафрагмы, при ФГДС – гастроэзофагеальный пролапс. Учитывая выраженный болевой синдром, неэффективность консервативной терапии и данные обследования, было принято решение о выполнении планового оперативного лечения. 22.10.2014г. больной был прооперирован. Лапароскопическое вмешательство выполняли под эндотрахеальным наркозом. Положение больного на операционном столе – лежа на спине с приподнятым на 20—25° головным концом операционного стола и его наклоном на 15—20° влево – для улучшения визуализации левого купола диафрагмы. В брюшную полость были введены 3 троакара. 1-й (10 мм) — в верхней точке Калька, куда был установлен оптический лапароскоп, 2-й (5 мм) — по среднеключичной линии в левом подреберье, 3-й (5 мм) — по переднеаксиллярной линии в левом подреберье. При ревизии в области левого купола диафрагмы визуализировалась фиксированная прядь большого сальника окруженная рубцовыми сращениями, поперечноободочная кишка так же была подтянута к левому куполу диафрагмы, но находилась в брюшной полости. При помощи тракции зажимом прядь большого сальника низведена в брюшную полость, одновременно рассекая спайки. В левом куполе диафрагмы был обнаружен дефект размерами 5см x 3см. После низведения пряди большого сальника развился левосторонний пневмоторакс, выполнено дренирование левой плевральной полости по Бюлау. Дефект в диафрагме ушит непрерывным швом при помощи нитки V-loc. Поверх ушитого дефекта установлена заплата для закрытия дефекта диафрагмы BardCrurasoft размером 11,0x8,0 см. При осмотре пищеводного отверстия диафрагмы, последнее соответствует анатомическим размерам, ножки диафрагмы не изменены, что явилось причиной отказа от фундопликации. Операция закончена дренированием брюшной полости, дренаж установлен в левое поддиафрагмальное пространство. На следующий день после операции после контрольной рентгенографии грудной клетки был удален дренаж из плевральной полости. Послеоперационный период протекал гладко, без осложнений, послеоперационный раны зажили первичным натяжением. Больной выписан на 7-е сутки после операции. При контрольном осмотре больного через год – болевой синдром больного не беспокоит, периодически возникает изжога, которая купируется на фоне приема антацидных средств.

Несмотря на то, что есть ранние описания посттравматической диафрагмальной грыжи, которым около 400 лет, невзирая на технический прогресс, повреждения диафрагмы остаются в некоторых случаях не диагностированными, что затрудняет выявление посттравматической диафрагмальной грыжи у больных, и как следствие долгий, а порой и безуспешный диагностический поиск. Лапароскопия может быть и должна применяться в качестве одного из методов диагностики посттравматических диафрагмальных грыж. Использование композитной сетки с покрытием позволяет улучшить результаты оперативного лечения пациентов с посттравматическими диафрагмальными грыжами.

67. ЭНДОВИДЕОХИРУРГИЯ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ОСТРОЙ СПАЕЧНОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТЬЮ

Стрижелецкий В.В., Макаров С.А.

Санкт-Петербург

Городской центр инновационных медицинских технологий Городской больницы Святого Великомученика Георгия

Лечение больных острой кишечной непроходимостью (ОКН) является актуальной проблемой неотложной хирургии, наиболее частой причиной ОКН является спаечный процесс брюшной полости, а часто и единичные спайки. Оперативные вмешательства при ОКН характеризуются высокой травматичностью и сопровождаются развитием различных послеоперационных осложнений. В нашем исследовании проведена оценка возможности и целесообразности выполнения малоинвазивных вмешательств, как в диагностике, так и в лечении острой спаечной кишечной непроходимости (ОСКН) у 130 больных, 86 больным оперативное лечение выполнено с применением эндовидеохирургических (ЭВХ) технологий, у 44 больных ЭВХ исследования носили диагностический характер. Возраст пациентов варьировал от 20 до 60 лет, доминировали женщины в возрасте от 20 до 40 лет. Сроки от начала заболевания у пациентов составили: до 6 часов – 79 (60,77%) пациентов; от 6 до 12 часов – 41 (31,54%); от 12 до 24 часов – 10 (7,70%). Необходимо отметить, что в анамнезе у 68 пациентов (52%) ранее выполнялись операции по поводу деструктивного аппендицита; у 39 (30%) - по поводу различного рода гинекологических заболеваний; у 9 (7%) - холецистэктомии лапаротомным доступом; у 6 (5%) - ушивание перфоративной язвы; у 5 (4%) - травмы живота различной локализации, потребовавшие оперативного лечения; 3 (2%) - оперативным вмешательствам не подвергались. Объем обследования больных включал изучение жалоб, сбор анамнеза, физикальный осмотр, изучение лабораторных исследований, а также инструментальные методы обследования и обязательно рентгенографическое исследование органов брюшной полости. УЗИ брюшной полости выполнялось у 103 пациентов (79%). Проанализировав данные, выявили, что информативность УЗИ, а именно наличие ультразвуковых признаков ОКН, составило 80,5% у 83 больных. Первичная пункция живота, осуществляемая "вслепую", всегда таит угрозу повреждения органов. Лапароскопический доступ, как правило, осуществляли иглой Вереша у 82 (63,1%) больных, а первичную пункцию выполняли в нестандартных точках с учётом расположения послеоперационных рубцов и результатов ультразвукового исследования. Объем ЭВХ операций, выполненных нами, включал: ЭВХ рассечение штрэнга у 27 больных (31,4%); ЭВХ устранение ущемления, с

восстановлением целостности дефекта 2 (2,3%); ЭВХ адгезиолизис 7 (8,1%); ЭВХ устранение висцеро-париетальных сращений 7 (8,1%); ЭВХ рассечение висцеро-висцеральных сращений 12 (14,0%); ЭВХ висцеролизис 31 (36,1%). В ходе диагностических исследований при дифференциальной диагностике ОКН были выявлены следующие заболевания: у 19 (43,2%) диагностированы симптомы острого панкреатита, у 10 (22,7%) - воспалительные заболевания кишечника, у 7 (15,9%) больных в процессе исследования установлен опухолевый характер ОКН, у 4 (9,1%) патологии не выявлено, у 3 (6,8%) заворот тонкой кишки с тромбозом мезентериальных сосудов (констатирована стадия ишемии), при нарушении мезентериального кровообращения, у 1 (2,3%) пациента во время диагностического этапа была выявлена перфорация подвздошной кишки рыбьей костью с местным серозным перитонитом – что позволило изменить хирургическую тактику. Диссекцию тканей, рассечение сращений, пересечение тканей и сосудов целесообразно выполнять с применением аппарата «Гармоник» и аппарата «Liga Sure». Нам удалось избежать большого количества осложнений у больных, как на диагностическом, так и на основных этапах ЭВХ вмешательств. Тщательный отбор пациентов исключал проведение операций больным с высокой вероятностью распространенного спаечного процесса. Абсолютным противопоказанием к данному виду операций считали дилатацию кишечника с наличием присоединившейся паралитической непроходимости, требовавшей проведения назоинтестинальной интубации с целью длительной декомпрессии. В 1 случае у больной, оперированной по экстренным показаниям, ЭВХ вмешательство оказалось неэффективным, и потребовало проведение «открытой» операции, во время диагностического исследования отмечено осложнение в виде ранения стенки кишки троакарном, связанное, прежде всего с наличием распространённого спаечного процесса. Больной произведена лапаротомия, ушивание раны кишки. Летальных исходов не было. Полученные нами данные свидетельствуют о высокой информативности неотложной лапароскопии как в дифференциальной диагностике ОКН с другими формами заболеваний острого живота, так и лечении ОКН.

68. Результаты применения минилапароскопической технологии у пациентов с желчнокаменной болезнью

Михин И.В., Доронин М.Б., Косивцов О.А., Абрамян Е.И., Рясков О.А.

Волгоград

Волгоградский государственный медицинский университет

Актуальность: в настоящее время отмечается неуклонный рост заболеваемости желчнокаменной болезнью (ЖКБ), что приводит к удвоению количества больных за каждые последующие десять лет, охватывая наиболее работоспособную часть населения. Лапароскопическая холецистэктомия быстро стала «золотым стандартом» лечения больных, страдающих ЖКБ. Одним из путей снижения травматичности операционного доступа является уменьшение диаметра лапароскопических инструментов – минилапароскопии. Материалы и методы: в клинике хирургических болезней педиатрического и стоматологического факультетов ВолгГМУ выполнено 60 комбинированных минилапароскопических холецистэктомий (КМЛХЭ). Мы придерживаемся термина «комбинированная минилапароскопическая холецистэктомия» в

связи с необходимостью трансумбиликальной установки 11 мм порта для эвакуации желчного пузыря из брюшной полости, а также клипирования и пересечения пузырной артерии и протока 10 мм клип-апликатором. Нами были использованы минилапароскопические инструменты фирмы «GIMMI» (2,9 мм) и «Karl Storz» (3,5 мм). Из 60 пациентов, перенесших комбинированную минилапароскопическую холецистэктомию, в 4 (6,7%) ситуациях операция была сочетана: с минилапароскопическим адгезиолизисом – 3 (5%), с аллогерниопластикой по поводу послеоперационной вентральной грыжи после нижнесрединной лапаротомии – 1 (1,7%) наблюдение. Острый (ОКХ) и хронический калькулезный холецистит (ХКХ) диагностирован соответственно у 19 (31,7%) и у 41 (68,3%) пациентов. Считаем, что выполнение операций при деструктивных формах калькулезного холецистита по технологии КМЛХЭ нерационально из-за конструктивных особенностей инструментов и необходимости дренировать брюшную полость. Выраженность болевого синдрома в раннем послеоперационном периоде (через 24 часа) оценивали путем изучения интенсивности боли по трем шкалам: вербальной рейтинговой шкале (ВРШ), цифровой рейтинговой шкале (ЦРШ), визуальной аналоговой шкале (ВАШ). Пациенты анкетировались через 24 часа после операции. Все полученные в ходе опроса результаты переводились в балльную форму исчисления по формулам разработчиков. Результаты и обсуждение: средняя продолжительность КМЛХЭ при выполнении операции по поводу ОКХ и ХКХ составила: 65,0±4,2 и 58,7±4,1 минуты соответственно. Средний послеоперационный койко-день после КМЛХЭ у больных с ОКХ и ХКХ – 4,1±0,4 и 3,6±0,6 соответственно. Интенсивность болевого синдрома через 24 часа после операции составила: при ХКХ: по шкале ВРШ – слабая; по шкале ВАШ – 2,8±0,3 балла; по шкале ЦРШ – 3,1±0,4 балла; при ОКХ: по шкале ВРШ – слабая; по шкале ВАШ – 4,0±0,6 балла; по шкале ЦРШ – 4,2±0,6 балла. Отмечено 3 (5%) осложнения: у 1 пациента перед КМЛХЭ во время минилапароскопического адгезиолизиса множественных висцеро-париетальных спаек возник пневмоторакс вследствие повреждения правого реберно-диафрагмального синуса, что потребовало дренирования плевральной полости по Бюлау. Послеоперационный период протекал гладко. Пациент выписан с выздоровлением через 7 дней. При контрольном обследовании ещё 1 пациента было установлено, что спустя 7 дней после КМЛХЭ, в условиях ЦРБ произошло произвольное вскрытие нагноившейся гематомы подпечёночного пространства в брюшную полость. Развившееся состояние было купировано консервативными мероприятиями. У 1 больной был пристеночно клипирован гепатикохоледох, что через 10 суток потребовало лапаротомии, снятия клипсы, дренирования холедоха по Керу. Послеоперационный период протекал удовлетворительно. Исход госпитализации – выздоровление. Выводы: минимизация хирургической травмы при выполнении КМЛХЭ достигается за счёт использования лапароскопического инструментария наименьшего диаметра. Данная технология обеспечивает необходимый уровень безопасности и позволяет рекомендовать ее применение у пациентов, страдающих ЖКБ, при отсутствии признаков деструкции желчного пузыря.

69. Факторы риска и результаты лечения послеоперационного остеомиелита грудины и стерномедиастинита на этапе первичной операции и дальнейшего лечения. (подготовлен доклад для выступления)

Шевченко А.А. (1,2), Кашкаров Е.А. (2), Жила Н.Г. (3)

1) Хабаровск , 3) Санкт-Петербург

1) ДВГМУ, 2) КГБУЗ ККБ№1 Хабаровского края, 3) СПбГПМУ

Введение. Инфекционные осложнения передних отделов грудной стенки после операций, выполненных трансстернальным доступом составляют от 0,3 до 6,9%. Рецидивы процесса после хирургического лечения послеоперационного остеомиелита грудины (ПОГ) и послеоперационного стерномедиастинита (ПСМ) чаще всего связаны с недостаточным иссечением инфицированных участков грудины и реберных хрящей. Цель исследования: провести анализ лечения и факторов риска наблюдаемых больных с ПОГ и ПСМ на этапах первичной операции и последующего лечения. Материалы и методы. В период 2012–2015 годов в отделении торакальной хирургии ККБ №1 г. Хабаровска получали лечение 43 пациента после кардиохирургических операций с ПОГ и ПСМ. Средний возраст больных составил $62,5 \pm 8,8$ лет. Результаты. В большинстве случаев у пациентов отмечена сопутствующая полиорганная соматическая патология. Наиболее часто гипертоническая болезнь (34 случая), реже постинфарктный кардиосклероз (26), атеросклероз сосудов (23), патология ЖКТ (17), у 14 пациентов ХОБЛ, сахарный диабет у 8 больных, у 23 больных – ожирение, у 8 больных остеопороз грудины. Шов грудины после первичной операции всегда выполнялся металлическими и лесочными лигатурами, в 6 случаях дополнительно использовались скобы «памяти», в двух случаях - фиксаторы Zip Fix, в 4 - шов грудины по методике Robicsek. В раннем послеоперационном периоде у трех пациентов выполнены рестернотомии по поводу кровотечения. У 14 больных имелось нарушение поверхностного заживления раны. Продолжительность от первичной операции до выявления ПОГ либо ПСМ составил $22,3 \pm 3,8$ дня. Структура клинического диагноза при поступлении в отделение торакальной хирургии: острый ПОГ, свищевая форма - у 12 больных; острый ПСМ - у 14; хронический ПОГ - у 11; хронический ПСМ - у 6. Общепринятую классификацию, предложенную El.Oakley (1996), мы не использовали, так как она не учитывает распространенность воспалительного процесса грудины, что, по нашему мнению, является одним из наиболее важных прогностических признаков в лечении данной патологии. Среди оперативных вмешательств в отделении торакальной хирургии выполнялось удаление лигатур, инородных тел грудины – в 39 случаях, субтотальная резекция грудины у 15 больных, в 13 случаях экстирпация грудины, у 3 пациентов резекция ребер. Интраоперационно во всех случаях, когда имела место фиксация грудины по методике Robicsek, отмечено тотальное разрушение грудины, в 4 случаях диастаз грудины, асимметрия доступа отмечена у 4 больных, перелом грудины у 13. У 29 больных при первичной ревизии раны, в случае ограниченного ПОГ, производилось удаление лигатур в зоне поражения, некрэктомия, рана ушивалась. В случае рецидива заболевания, либо распространенного ПСМ, рана не ушивалась и велась открыто (10 больных) для второго этапа лечения. Повторная госпитализация 8 больных в ОХТ проводилась в связи с рецидивом воспалительного процесса, 15 пациентов поступили для второго этапа оперативного лечения. Структура диагноза при повторном поступлении следующая: - хронический ПОГ - 7 больных; хронический ПСМ - 13; хронический остеомиелит ребер - 3. Характер оперативного лечения при повторной госпитализации носил более обширный характер. Если имелся рецидив ПОГ, выбиралась более агрессивная тактика оперативного лечения: удаление всех лигатур грудины, ведение раны открытым путем. В 15 случаях проводилось запланированное двухэтапное лечение. Первым этапом удаление инородных тел, некрэктомия и открытое ведение раны. Вторым этапом - удаление всей патологической ткани грудины, пластика дефекта грудной стенки лоскутами грудных мышц, в трех случаях выполнялась оментопластика. Средний интервал между первым и вторым этапами лечения составил $69 \pm 25,3$ дней. Анализируя результаты лечения больных, получивших этапное оперативное лечение, следует отметить, что рецидив заболевания отмечен у одного пациента, что потребовало

выполнения резекции ребер - осложнение купировано. Выводы: 1. С целью профилактики рецидивов остеомиелита после хирургического лечения для адекватной санации воспалительного очага необходима разработка и внедрение новых методов диагностики истинных границ поражения инфекционного процесса костной ткани. 2. Оперативное лечение ПОГ и ПСМ целесообразно осуществлять в два этапа: первым этапом производить санационное вмешательство (удаление инородных тел грудины с некрэктомией), вторым этапом производить резекцию грудины с пластическим замещением дефекта грудной стенки. 3. Необходима активная разработка хирургических инновационных технологий полноценной пластики раневых дефектов грудной стенки у больных с инфекционными осложнениями передних отделов грудной стенки после операций, выполненных трансстернальным доступом.

70.Скрининговая лабораторная диагностика стрептококковой некротизирующей инфекции мягких тканей

Фролов А.П.

Иркутск

Иркутский государственный медицинский университет

С середины 80-х годов повсеместно произошел существенный рост стрептококковых заболеваний, в том числе стрептококковой некротизирующей инфекции мягких тканей (СНИМТ). СНИМТ может протекать крайне тяжело с образованием обширных некрозов на всю глубину мягких тканей. Среди СНИМТ жизнеопасными заболеваниями являются некротизирующие фасциит и миозит, нередко протекающие с развитием инфекционно-токсического шока. Цель исследования: оценить возможность использования доступных методов исследования крови для скрининговой диагностики СНИМТ. Материалы и методы Проведен ретроспективный анализ показателей крови у 132 больных СНИМТ, которые находились на лечении в клинике общей хирургии Иркутского государственного медицинского университета. В эту группу были включены больные, которые имели некротическую форму рожи, стрептококковый некротический целлюлит, фасциит и миозит. Результаты При исследовании показателей крови у больных СНИМТ в первые 3 суток заболевания отмечался лейкоцитоз более $11,0 \times 10^9/\text{л}$ у 55,1% больных, имелась токсическая зернилость лейкоцитов (ТЗН) у 28,8%, лейкоцитарный индекс интоксикации Кальф-Калифа (ЛКИ) более 3,3 был у 52,0%, индекс сдвига лейкоцитарной формулы более 0,2 – у 50,0%. При анализе биохимических показателей крови выявлено увеличение уровня следующих показателей: билирубина более 21,0 мкмоль/л у 47,6% больных, мочевины более 10 ммоль/л – у 83,3%, щелочной фосфатазы (ЩФ) у 81,8%, молекул средней массы (МСМ) – у 81,8%. Так же было отмечено снижение уровня ряда показателей: общего белка менее 55 г/л – у 42,9% больных, альбумина менее 30 г/л – у 72,7%, альбумин-глобулинового коэффициента (А/Г) менее 1,0 – у 95,2. При сравнительной оценки с другими гнойно-воспалительными заболеваниями мягких тканей выявленные изменения в показателях крови носили достоверно более выраженный характер. Для оценки возможности использования этих показателей в качестве скрининговых критериев диагностики развития СНИМТ были определены основные диагностические характеристики. Высокая точность критериев (более 70%) была отмечена

при определении уровня билирубина, мочевины, активности ЩФ, МСМ, общего белка, альбумина. Высокая специфичность (более 70%) была характерна при определении уровня ТЗН, ЛИИ, ИС, билирубина, мочевины, активности ЩФ, общего белка, альбумина. Высокая чувствительность (более 70%) отмечена при определении уровня мочевины, МСМ, альбумина, А/Г. Заключение. Проведенные исследования показали, что наличие выраженных изменений в показателях крови могут быть использованы в качестве скрининговых критериев прогнозирования развития СНИМТ.

71. Диагностика острого нарушения мезентерального кровообращения в ургентной хирургии

Фролов А.П., Рудых К.Ю.

Иркутск

Иркутский государственный медицинский университет

Острое нарушение мезентерального кровообращения (ОНМК) представляет собой серьезную хирургическую проблему, которая требует проведения экстренных лечебно-диагностических мероприятий. Отсутствие четкой клинической картины заболевания трудности ранней диагностики окклюзии брыжеечных сосудов приводит к высокой летальности 50-100%. Цель исследования: оценить результаты клинических и инструментальных методов диагностики ОНМК. Материалы и методы Проведен ретроспективный анализ 218 наблюдений ОНМК у больных, которые находились на лечении в клинике общей хирургии Иркутского государственного медицинского университета с 2009 по 2013 годы. Больные были в возрасте $74,90 \pm 0,74$ года, мужчин было – 83. Женщин – 135. Результаты Диагностика ОНМК при поступлении в клинику представляла определенные сложности. Правильный предварительный диагноз был установлен у 69 больных, у которых были выраженные боли в животе, которые сочетались с пневматозом кишечника и реже с наличием кровавого жидкого стула. В остальных 149 наблюдениях устанавливался предварительный диагноз острой кишечной непроходимости – у 43 больного, острого панкреатита – у 31, желудочно-кишечного кровотечения – у 25, острого аппендицита – 10, перитонита – 9, другая абдоминальная патология – у 3) больных. Для дифференциальной диагностики скрининговые инструментальные исследования. Обзорная рентгенография (ОР) брюшной полости выполнялась больным в 131 наблюдениях. Патология со стороны брюшной полости выявлена у 84 больных. Из них в 60 наблюдениях обнаружены признаки острой кишечной непроходимости, в 8 – наличие свободного газа в брюшной полости, в 1 – сочетание признаков острой кишечной непроходимости и свободного газа в брюшной полости, в 15 - пневматоз кишечника. У 47 больных нарушений со стороны брюшной полости не выявлено. В 88 наблюдениях ОР брюшной полости не выполнялась. УЗИ полости проводилась больным в 178 наблюдениях. Изменения со стороны брюшной полости выявлены у 100 больных. Из них в 28 наблюдениях выявлена свободная жидкость в брюшной полости, в 15 – признаки острой кишечной непроходимости, в 3 – сочетание гидроперитонеума и признаков острой кишечной непроходимости, в 15 – пневматоз кишечника, в 40 – другая патология брюшной полости не имеющая отношение к ОНМК. У 78 больных – патологии со стороны брюшной полости не выявлено. Ни в одном их

наблюдениях УЗИ со стороны мезентеральных сосудов изменений не выявлено. В 78 наблюдениях УЗИ брюшной полости не выполнялось. Для уточнения диагноза проводились дополнительные целенаправленные инструментальные методы исследования: компьютерная томография (КТ) и лапароскопия. КТ брюшной полости выполнялась больным в 29 наблюдениях. Патология органов брюшной полости и забрюшинного пространства выявлена у 26 больных. Из них признаки ОНМК выявлено в 8 наблюдениях, у остальных 18 больных выявлена другая патология. Лапароскопия проводилась больным в 30 наблюдениях. Во всех наблюдениях установлен диагноз ОНМК. Заключение. В ургентной хирургии правильный предварительный диагноз ОНМК устанавливается в 31,7% случаев при наличии классических симптомов заболевания, в остальных случаях устанавливаются диагнозы другой о;рой хирургической патологии, что требует проведения инструментальных методов исследования. Скрининговые инструментальные исследования: ОР и УЗИ брюшной полости являются малоэффективными методами для постановки диагноза ОНМК. КТ не оправдывает высоких ожиданий в постановки точного диагноза ОНМК. Самым эффективным методом диагностики ОНМК является лапароскопия.

72. Лечение осложнений синдрома диабетической стопы в хирургическом стационаре

Фролов А.П., Рудых К.Ю.

Иркутск

Иркутский государственный медицинский университет

Проблемы, связанные с различными осложнениями сахарного диабета (СД), сохраняют свою актуальность, что связано с ежегодным увеличением выявления случаев СД на 5-7%. В 20-80% наблюдениях СД приводит к развитию специфического осложнения – синдрому диабетической стопы (СДС), который в 50 случаях приводит к необходимости ампутации конечности. Цель исследования: оценить характер лечения осложнений СДС в общехирургическом стационаре. Материалы и методы Проведен ретроспективный анализ 151 наблюдений осложнений СДС у больных, находившихся на лечении отделении гнойной хирургии Иркутской городской клинической больницы №1 (клинике общей хирургии Иркутского государственного медицинского университета) в 2013 г. Средний возраст больных составил $63,6 \pm 1,0$ г., мужчин было 87 (57,6%), женщин-64 (42,4%). СД 1 типа был у 12 (7,9%), 2 типа – у 139 (92,1%). Результаты Все больные СДС, находившиеся на лечении в отделении гнойной хирургии имели гнойно-некротические осложнения. В соответствии с классификацией СДС F. Wagner (1981) 0 стадия, которая проявлялась целлюлитом, имела у 7 больных, 1 стадия – у 19, 2 стадия – у 11,3 стадия – у 32, 4 стадия – у 45, 5 стадия – 37. Поражение обеих стоп имело место в 32 наблюдениях, правой – в 62, левой – 51. В соответствии с выявленными с ведущими звеньями патогенеза гнойно-некротических осложнений СДС проводилась комплексная терапия, включающая коррекцию углеводного обмена, лечение ангиопатии, полинейропатии. С учетом характера возбудителя инфекционного процесса проводилась антибактериальная терапия. Консервативное лечение гнойно-некротических осложнений СДС выполнено 66 больным, у которых основными проявлениями заболевания были целлюлит стопы и трофические язвы. Оперировано по поводу гнойно-некротических осложнений СДС 85 больных, из них

6 больным выполнено вскрытие флегмоны с последующим консервативным лечением раны, 59 – выполнены ампутации на различных уровнях нижней конечности и 20 – операции на артериях, у которых в ряде случаев в последующем выполнились операции на стопе. В группе больных, которым была выполнена ампутация, «малые ампутации» с сохранением опорной функции конечности выполнены у 40 больных. Показаниями к «малым ампутациям» была ограниченная гангрена в пределах пальцев или дистальной части стопы при сохраненном артериальном кровотоке на стопе. Ампутации пальцев выполнены в 33 наблюдениях, резекция стопы (продольное усечение с сохранением функции) – в 5 наблюдениях, ампутации стопы (поперечное усечение стопы) – в 2 наблюдениях. «Высокие» ампутации были выполнены 19 наблюдениях. Показаниями к выполнению этих ампутаций были распространенная гангрена стопы. Ампутация на уровне бедра выполнена в 14 наблюдениях, на уровне голени – в 5 наблюдениях. Для нормализации кровотока на стопе 20 больным выполнены операции на артериях. Из них 3 больным проведено шунтирование и протезирование с пластикой артерии, 9 – пластика артерий в сочетании баллонной дилатацией (7) и 10 – баллонная дилатация со стентированием. Операции на артериях сочетались с операциями на стопе (9) по поводу гнойно-некротических осложнений. В 1 наблюдении восстановление магистрального кровотока было не эффективно, в связи с прогрессированием гнойно-некротического процесса на стопе была выполнена ампутация голени. Средняя продолжительность лечения больных с гнойно-некротических осложнений СДС составила $17,1 \pm 0,6$ дня. Заключение. Все больные СДС, находившиеся на лечении в отделении гнойной хирургии имели гнойно-некротические осложнения, чаще всего имели 3-5 стадию заболевания. Нормализация кровотока в пораженной стопе являлась ключевым моментом лечения. Эндovasкулярные операции на артериях нижней снизило количество «высоких» ампутаций при гнойно-некротических осложнениях СДС.

73. Цитология экссудата в дифференциальной диагностике стрептококковых инфекций мягких тканей

Фролов А.П.

Иркутск

Иркутский государственный медицинский университет

В начальной стадии различные формы стрептококковой инфекции мягких тканей (СИМТ) имеют сходную симптоматику (отек, гиперемия кожи с четкой границей, боль в области поражения, лейкоцитоз). Это существенно затрудняет постановку правильного диагноза на ранней стадии, что приводит к неэффективной лечебной тактике. Цель исследования: определить возможность использования цитологического исследования экссудата для диагностики различных форм СИМТ. Материалы и методы. Проведены цитологические исследования экссудата мягких тканей у 82 больных различными формами СИМТ, находившихся на лечении в клинике общей хирургии Иркутского государственного медицинского университета. Экссудат получали методом пункционной аспирации из центра очага воспаления. В мазках, окрашенных по Романовскому-Гимзе, определяли вид и среднее количество микробных тел в полях зрения ($\times 630$), среднее количество лейкоцитов, клеточный состав лейкоцитов в процентном отношении, среднее количество

деструктивных лейкоцитов, вид фагоцитоза и процент фагоцитирующих клеток. Рассчитывали микробно-лейкоцитарный коэффициент (МЛК) – соотношение количества стрептококков к количеству лейкоцитов. С учетом клинико-морфологических проявлений СИМТ все заболевания были разделены на 3 группы клинического сравнения. В 1 группу клинического сравнения (1ГКС) включены 31 больной рожей и целлюлитом, во 2 группу клинического сравнения (2ГКС) – 21 больной флегмонозной формой рожи, в 3 группу клинического сравнения (3ГКС) – 30 больных некротической формой рожи, некротизирующими целлюлитом, фасциитом и миозитом. Результаты При цитологическом исследовании экссудата мягких тканей в 1ГКС обнаруживалось небольшое количество стрептококков ($8,3 \pm 1,89$) и лейкоцитов ($5,42 \pm 0,77$). Лейкоциты были представлены нейтрофилами ($85,81 \pm 3,39\%$) и лимфоцитами ($14,19 \pm 3,39\%$). Редко встречались деструктивные лейкоциты ($0,58 \pm 0,32$). Фагоцитоз не выражен, фагоцитарный индекс составил $0,048 \pm 0,048\%$. МЛК был низкий ($2,10 \pm 0,57$). Во 2ГКС обнаруживалось умеренное количество стрептококков ($25,9576,78$) и значительное количество лейкоцитов ($36,70 \pm 7,61$), что достоверно больше, чем в 1ГКС. Клеточный состав лейкоцитов представлен нейтрофилами ($86,95 \pm 1,78$) и лимфоцитами ($13,05 \pm 1,78$) и не отличался от 1ГКС. Количество деструктивных лейкоцитов ($11,1072,45$) было больше, фагоцитарный индекс ($1,595 \pm 0,459\%$) значительно выше, чем в 1ГКС. МЛК коэффициент был низкий ($2,53 \pm 1,74$) и не отличался от 1ГКС. В 3ГКС количество стрептококков составляло $566,50 \pm 66,28$ микробных тел, количество лейкоцитов – $15,67 \pm 2,97$ клеток. Лейкоциты представлены нейтрофилами ($88,33 \pm 1,68\%$) и лимфоцитами ($11,67 \pm 1,68\%$) и их соотношение не отличалось от других групп. Количество деструктивных лейкоцитов ($11,67 \pm 1,68$) соответствовало 2ГКС. Фагоцитоз не выражен, фагоцитарный индекс составил $0,0667 \pm 0,0463\%$, что отличало от 2ГКС. МЛК был значительно выше, чем других группах. Заключение. Обнаружение в экссудате мягких тканях при цитологическом исследовании большого количества стрептококков может быть использовано для ранней диагностики некротизирующих форм СИМТ, а большого количества лейкоцитов – флегмонозных форм.

74. {арактеристика больных абдоминальным туберкулезом в ургентной хирургии и результаты лечения

Фролов А.П., Белобородов В.А., Цоктоев Д.Б., Олейников И.Ю.

Иркутск

Иркутский государственный медицинский университет

Одной из наиболее неблагополучной территорией Российской Федерации (РФ) по заболеваемости туберкулезом является Иркутская область (ИО). Распространенность ВИЧ-инфекции на территории ИО также одна из высоких в РФ. До настоящего времени среди внелегочных форм туберкулеза абдоминальный туберкулез (АТ) считался редкой патологией, однако в связи с общим ростом заболеваемости туберкулезом, АТ стал заметной нозологической единицей в хирургическом стационаре, оказывающим ургентную помощь. Цель исследования: оценить клинические проявления АТ результаты лечения у больных, находившихся на лечение в общехирургическом стационаре. Материалы и методы Проведен ретроспективный анализ 165 наблюдений АТ у больных,

находившихся на лечении клинике общей хирургии ИГМУ в 2006-2015 гг., оказывающей urgentную хирургическую помощь. Больные АТ были в возрасте 18-66 лет, средний возраст составил 31 (30,8-34,8 95%ДИ) год. Мужчин было 127 (77,0%), женщин – 38 (23,0%). Результаты Больные АТ в общехирургический стационар чаще всего поступали по направлению из противотуберкулезного диспансера (55) или по скорой помощи (49), существенно из других лечебных учреждений. Подавляющее число больных вели асоциальный образ жизни, 132 (80,0%) больных употребляли внутривенные наркотики. У 137 (83,0%) 78 больных была ВИЧ-инфекция, из них у 100 (60,6%) – в стадии СПИДа. ВИЧ-инфекция в 37 (22,4%) наблюдениях сочеталась с гепатитом «В», в 79 (47,9%) – гепатитом «С», в 39 (23,6%) – кандидозом, в 6 (3,6%) – циррозом печени. В 97 (58,8%) наблюдениях АТ сочетался с туберкулезом легких, в 80 (48,5%) имелась выраженная кахексия. При поступлении 146 (88,5%) больных с АТ предъявляли жалобы на боли в животе, 49 (29,7%) – на тошноту и рвоту, 35 (21,2 %) – наличие гипертермии. У 51 90 (54,5%) больных была гипотензия, у 118 (71,5%) больных – тахикардия. Лабораторные исследования выявили наличие анемии у 100 (60,6%) больных, лейкоцитоза – у 56 (33,9%), тромбоцитопении (тромбоциты $<100 \cdot 10^9 /л$) – у 14 (8,5%). При изучении биохимических показателей крови было установлено наличие гипопропротеинемии у 132 (80,0%) больных, билирубинемии – у 44 (26,7%) больных и азотемии – у 42 (25,5%) больных. В 44 (26,7%) наблюдениях отмечено снижение в плазме уровня калия ($K^+ ?3,5$ ммоль/л) и натрия ($Na^+ ?135$ ммоль/л). Оперировано 140 (84,5%) больных. Основным поводом к операции служило наличие клинических признаков перфорации полого органа и перитонита. На операции в 75 наблюдениях был выявлен туберкулез желудочно-кишечного тракта, осложненный перфорацией. В 40 наблюдениях перфорации локализовались в подвздошной кишке, 11 – подвздошной и тощей кишках, 9 – тощей кишке, 9 – ободочной кишке, 2 – слепой кишке, 2 – червеобразном отростке и 2 желудке. В 23 наблюдениях перфорация туберкулезной язвы сочеталась с туберкулезным мезаденитом тонкой кишки и в 11 – с туберкулезом забрюшинных лимфоузлов. В 16 наблюдениях был отмечен изолированный туберкулезный мезаденит (с абсцедированием или без него), в 14 – туберкулез селезенки (с абсцедированием в 6 случаях), в 9 – туберкулез печени, 4 случаях – туберкулез кишечника, осложненный кровотечением из области язв. В остальных 22 случаях был отмечен туберкулез брюшины (табл. 3). У 98 (70,0%) оперированных больных абдоминальный туберкулез осложнился развитием разлитого гнойного перитонита. Умерло 95 (57,6%) больных, из них 51 – имели ВИЧ-инфекцию. Основной причиной летальности у 75 больных был генерализованный туберкулез, у 20 больных – разлитой гнойный перитонит с полиорганной недостаточностью. Заключение Основным поводом обращения за urgentной хирургической помощью больных АТ является наличие боли в животе. Как правило, это мужчины 30-35 лет, употребляющие наркотики, имеющие ВИЧ-инфекцию в стадии СПИДа. Оперировалось 84,5% больных. Показанием к операции явились признаки гнойного перитонита. Сочетание перитонита с туберкулезом легких и ВИЧ-инфекцией являлось неблагоприятным для жизни.

75. Клинические особенности острой спаечной кишечной непроходимости и ее лечение

Фролов А.П.(1,2), Томаш, А.П.(2), Ланге Д.П. (1,2)

Иркутск

Острая спаечная кишечная непроходимость (ОСКН) является одной из сложных проблем в неотложной хирургии органов брюшной полости. ОСКН страдают больные всех возрастных групп, с возрастом их количество увеличивается, что связано с возрастным увеличением числа операций. Увеличение числа операций на органах брюшной полости привело к увеличению количества обращений больных за ургентной помощью по поводу ОСКН. Общая летальность при кишечной непроходимости неопухолевого генеза составляет 1,6-43%. Цель исследования: оценить характер и особенности лечение ОСКН. Материалы и методы Проведен ретроспективный анализ 141 наблюдений ОСКН у больных, находившихся на лечении клинике общей хирургии ИГМУ в 2014 г. Больные были в возрасте от 19 до 93 г., средний возраст составил $56,6 \pm 1,6$ лет. Мужчин было 67 (47,5%), женщин – 74 (52,5%). Результаты Больные ОСКН в общехирургический стационар чаще всего поступали по скорой помощи (130/92,2%), реже – из терапевтических отделений различных больниц города (11/7,8%). При поступлении все больные ОСКН (141) предъявляли жалобы на боли в животе и отсутствие стула и газов. Из них у 129 (92,4%) была тошнота и рвота. В анамнезе у 136 (96,4%) больных имелись операции на брюшной полости, у 5 (3,6%) – не было. ОСКН развивалась после операций на органах брюшной полости по поводу аппендицита у 30 (21,2%) больных, грыжи – у 15 (10,6%), гинекологических заболеваний – у 30 (21,2%), проникающих ножевых ранений – у 10 (7%), перфоративной язвы желудка и ДПК – у 15 (10,6%), рака органов брюшной полости 8 (5,7%), калькулезного холецистита – у 11(7,8%), в том числе у 2 (1,4%) после лапароскопических операций. После других операции на органах брюшной полости ОСКН развивалась у 7 (4,9%) больных. После установления диагноза ОСКН всем больным проводилась инфузионная терапия в течение 2-4 часов с динамическим наблюдением за состоянием больного. В этот период определялся вид ОСКН. При установлении диагноза странгуляционной ОСКН, ОСКН, осложненной перитонитом, выполнялось экстренная операция, а проведенная инфузионная терапия в этом случаи являлась предоперационной подготовкой. При установлении диагноза обтурационной или динамической ОСКН проводилось консервативное лечение в течение 12-48 ч с рентгенологическим контролем пассажа контраста по желудочно-кишечному тракту (ЖКТ). Положительная динамика заболевания отмечалась 111 (78,7%) больных. Появление клинической и рентгенологической отрицательной динамики служило поводом к срочному оперативному лечению. Всего оперировано 30 (21,3%) больных. На операции выполнили рассечение спаек с проведением назоинтестинальной интубации, при некрозе тонкой кишки – резекцию с первичным или отсроченным энтероэнтероанастомозом. Умерло 5 (3,5%) больных, из них все были оперированы. Основной причиной летальности являлся перитонит, развившийся вследствие позднего обращения и интоксикационный синдром. Выводы ОСКН развивалась после разнообразных операции на органах брюшной полости, чаще – по поводу острого аппендицита и гинекологических заболеваний. Положительная динамика заболевания от консервативного лечения наступала у 78,7% больных, оперировалось – 21,3%. Общая летальность составила 3,5%. Основной причиной летальности явилось наличие перитонита, вследствие позднего обращения за медицинской помощью.

Фролов А.П.

Иркутск

Иркутский государственный медицинский университет

Некротизирующий фасциит (НФ) представляет собой опасную для жизни бактериальную инфекцию мягких тканей, которая характеризуется быстро прогрессирующим воспалением и некрозом фасции, подкожной клетчатки и кожи. Выделяют 3 типа НФ. I тип – это НФ, вызываемый полимикробной флорой в сочетании с анаэробной флорой, и/или факультативными анаэробами, без участия стрептококка группы А. Ко II типу отнесен НФ, вызываемый стрептококком группы А, или в комбинации со стафилококком. К III типу НФ, относят НФ, вызываемый морскими вибрионами. Летальность при НФ достигает 70-80%. Цель исследования: оценить особенности клиники и диагностики НФ. Материалы и методы. Проведен анализ 36 наблюдений НФ I и II типов у больных, находившихся на лечении в клинике общей хирургии Иркутского государственного медицинского университета, их них у 24 был НФ II типа, у 12 - НФ I типа. Все больные были в возрасте от 20 до 83 лет, чаще заболевание встречалось у лиц старше 50 лет (27). Больные поступили в клинику через 1-3 суток от начала заболевания, патологический процесс у большинства локализовался на нижних конечностях (28). Результаты Среди всех больных НФ у 20 – имелись входные ворота инфекции. При развитии НФ I типа отмечалось прогрессивное нарастание отека на пораженной конечности, на коже появлялись синюшные пятна. Спустя несколько часов, на фоне синюшных пятен, появлялись пузыри аналогичной окраски с мутным геморрагическим содержимым, издающим неприятный запах. Повышалась температуры тела до 39,0 градусов, нарастал интоксикационный синдром. При пальпации конечности определялись отек и крепитация тканей. Для начала развития НФ II типа было характерно внезапное повышение температуры тела до 39,0-40,0 градусов или развитие инфекционно-токсического шока. Через 3-12 ч. на пораженной конечности появлялся отек, спустя еще несколько часов на коже появлялись синюшные пузыри с мутным геморрагическим содержимым без запаха. При пальпации определялся плотный отек тканей без очагов флюктуации. У 30 больных НФ при поступлении в клинику была диагностирована полиорганная недостаточность и сепсис. При лабораторных исследованиях для НФ было характерно наличие изменений характерных для тяжелой интоксикации. Для визуализации патологического процесса в мягких тканях выполнялись ультразвуковое исследование (УЗИ) и компьютерная томография (КТ). Для НФ II типа было характерно наличие отека подкожной клетчатки, в которой обнаруживались жидкостные полосы на разных уровнях, в том числе над фасцией. Фация была утолщена и разволокнена. При НФ I типе. Для экспресс-диагностики НФ использовался малоинвазивный метод исследования - бактериоскопия и цитоскопия экссудата мягких тканей, получаемого пункционным методом. Для НФ II типа было характерно обнаружение в поле зрения микроскопа большого количества Грам-положительных стрептококков, для НФ I типа – нестрептококковой Грам-положительной и Грам-отрицательной флоры. При неэффективности вышеуказанных методов диагностики в 4 наблюдениях выполнялся инвазивный метод исследования, заключающийся в небольшом разрезе кожи (2-3 см) и пальцевой ревизии раны на наличие отслойки клетчатки от фасции. Заключение. НФ является опасным для жизни бактериальной инфекцией, требующей экстренной диагностики. Для диагностики могут быть использованы клинические лабораторные и инструментальные методы исследования, включая методы визуализации (УЗИ и КТ). При сомнительных результатах исследования необходимо выполнять диагностический разрез кожи с пальцевой ревизией на наличие отслойки клетчатки от фасции и характера экссудата.

77. Острый парапроктит в ургентной хирургии

Фролов А.П., Данчинов В.М.

Иркутск

Иркутский государственный медицинский университет (1) Иркутская городская клиническая больница №1, Иркутск (2)

Острый парапроктит (ОП) является одним из наиболее распространенных проктологических заболеваний, требующих оказания неотложной помощи. Как правило, хирургическая помощь этой категории больных оказывается не в проктологических отделениях, а хирургических отделениях общего профиля. Цель исследования: оценить характер хирургической помощи при ОП в общехирургическом стационаре. Материалы и методы Проведен ретроспективный анализ 610 наблюдений ОП у больных, находившихся на лечении в клинике общей хирургии Иркутского государственного медицинского университета на базе отделения гнойной хирургии Иркутской городской клинической больницы №1. Из них было мужчин 428 (72%), женщин – 182 (28%). В возрасте до 30 лет было 125 (20%) больных, 31-50 лет – 287 (51%), старше 50 лет – 198 (29%). В ранние сроки заболевания (до 2-х суток) за помощью обратилось 49 (8%) больных, на 3-6 сутки – 360 (59%) больных, остальные 201 (33%) больных – в более поздние сроки. Среди 610 больных ОП подкожно-подслизистый диагностирован в 280 (46%) наблюдениях, ишеоректальный – в 275 (45%), подковообразный (вариант ишеоректального парапроктита) – 35 (6%), пельвиоректальный - 20 (3%). Результаты Все больные ОП были оперированы в течение 1-х суток с момента госпитализации под внутривенным наркозом. При всех видах ОП выполняли вскрытие параректального абсцесса (610) с эвакуацией гнойного содержимого и санации раны 3% раствором перекиси водорода. Дальнейшая тактика хирургического лечения зависела от вида парапроктита. При подкожно-подслизистом парапроктите (280), разрез кожи проводили в перианальной области в радиальном направлении через гнойный очаг с иссечением пораженной крипты. При ишеоректальном парапроктите (275), выполнялся полулунный разрез кожи в области перианальной области над гнойным очагом. В случае обнаружения трансфинктерного свища выполнялось его рассечение, если свищ носил экстрасфинктерный характер, свищ ликвидировали лигатурным методом. В случае подковообразного парапроктита выполнялось 2 полулунных разреза. При пельвиоректальном парапроктите вскрытие абсцесса осуществлялось как при ишеоректальном. Во всех случаях операции завершались дренированием раны. Среди оперированных больных по поводу ОП, у 280 (46%) – в ходе первичной операции было устранено внутреннее свищевое отверстие, из них у 276 (45%) - путем иссечения, у 4 (1%) – проведением лигатуры. У 52 (9%) больных в свищевое отверстие устранялось через 1-2 недели на повторной операции, из них 44 (7%) выполнялось иссечение свища, 8 (1 %) - применялся лигатурный метод. Повторные операции выполнялись колопроктологами. У 32 (5%) больных была выполнена вторичная хирургическая обработка раны, 10 -наложены вторичные швы после перехода раны во II фазу раневого процесса. В 2 наблюдениях при анаэробном парапроктите с разрушением стенки прямой кишки и сфинктера наложена двустольная колостома. После купирования острого воспалительного процесса в ране и формирования раневого канала больные выписывались на амбулаторное лечение (607). Умерло 3 (0,5%) больных. Средняя

продолжительность лечения в стационаре составила 10,2 дня. Выводы При оказании неотложной помощи больным ОП в условиях общехирургических стационарах основным методом лечения является вскрытие гнойного очага. Параректальный свищ на первичной операции хирургами устраняется менее чем в половине наблюдений, что обуславливает необходимость выполнения повторных операций колопроктологами.

78. Абдоминальный туберкулез у ВИЧ-инфицированных больных в ургентной хирургии

Фролов А.П., Белобородов В.А., Цоктоев Д.Б., Олейников И.Ю.

Иркутск

Иркутский государственный медицинский университет

Иркутская область является одной из территорий в Российской Федерации с наиболее напряженной эпидемиологической ситуацией по туберкулезу и ВИЧ-инфекции. До настоящего времени среди внелегочных форм туберкулеза абдоминальный туберкулез (АТ) считался редкой патологией, однако в связи с общим ростом обоих заболеваний АТ у ВИЧ-инфицированных больных стал заметным заболеванием. Цель исследования. Оценить клинические проявления и результаты лечения АТ у ВИЧ-инфицированных больных в ургентной хирургии. Материалы и методы Проведен ретроспективный анализ 21 наблюдения АТ у больных ВИЧ-инфекцией, находившихся на лечении в клинике общей хирургии на базе отделения гнойной хирургии ОГБУЗ «Городская клиническая больница №1» г. Иркутска в 2013-2015 гг. Больные АТ в сочетании с ВИЧ-инфекцией были в возрасте от 21 до 44 лет, средний возраст 33,0 (31,1-36,5 95%ДИ) г. Мужчин было – 18, женщин – 4. Результаты исследования У 6 больных ВИЧ-инфекция была в стадии СПИДа. Чаще всего больные поступали в первые 48 часов заболевания. У 16 больных помимо туберкулезного поражения органов брюшной полости имелось туберкулезное поражение легких. У ряда больных выявлялась тяжелая сопутствующая патология. У 2 больных диагностирована пневмония, у 1 – экссудативный плеврит, у – 1 тромбоцитопения, сопровождающаяся кишечным кровотечением. Все больные поступили с признаками острой патологии органов брюшной полости. При поступлении с целью диагностики использованы инструментальные и лабораторные методы исследования. Рентгенологическое исследование брюшной полости выполнено 16 больным, из них у 8 больных на обзорной рентгенограмме выявлен свободный газ в брюшной полости, у 2 – рентгенологические признаки острой кишечной непроходимости. Мультиспиральная компьютерная томография выполнена 2 больным. В одном наблюдении выявлено формирование абсцесса в правой подвздошной области и межкишечные абсцессы, в другом – свободный газ в брюшной полости. УЗИ органов брюшной полости выполнена 14 больным. Из них в 12 наблюдениях выявлена свободная жидкость в брюшной полости, в 2 – увеличение лимфатических узлов в воротах печени. Всем больным выполнено хирургическое лечение. На всех операциях у больных был выявлен разлитой гнойный перитонит, причинами которого у большинства больных были перфорация туберкулезной язвы кишечника (13) и абсцедирующий мезоденит. Среди оперированных 9 больным выполнялись программные релапаротомии. Количество программных релапаротомий было от 2 до 8 операций. В ходе операции у всех больным осуществлялся забор экссудата брюшной полости на бактериологическое исследование на

неспецифическую флору и чувствительность. В экссудате брюшной полости при бактериологическом исследовании наиболее часто выделялись *staphylococcus aureus* (9), *citrobacter freundii* (6), *escherichiacoli* (5). Чувствительность выделенных бактериальных культур была достаточно высокой от одного до восьми антибиотиков, среди которых чаще отмечены имипенем, меропенем, цефепим. Посевы на микобактерии туберкулеза не выполняли. Диагноз АТ подтверждали гистологически. При окраске препарата по Цилю-Нильсену обнаруживали кислотоустойчивые микобактерии. В послеоперационном периоде отмечено одно осложнение – несостоятельность швов после иссечения перфоративной язвы подвздошной кишки. Умерло 10 больных, общая летальность составила 47,6%. Выводы АТ в сочетании с ВИЧ-инфекцией наиболее часто встречается у мужчин в возрасте 30-39 лет. Больные за urgentной хирургической помощью обращаются при развитии позднего осложнения – разлитого гнойного перитонита. Все больные оперированы. Основными причинами перитонита являлись перфорация туберкулезной язвы кишечника и абцедирующий мезоденит. Отсутствие ранней диагностики АТ, сочетание его с туберкулезом легких на фоне выраженного иммунодефицита обуславливает сложности лечения и высокую летальность.

79. Абдоминальный туберкулез в urgentной хирургии

Фролов А.П., Белобородов В.А., Цоктоев Д.Б., Олейников И.Ю.

Иркутск

Иркутский государственный медицинский университет

Иркутская область (ИО) является одной из наиболее неблагополучной территорией Российской Федерации (РФ) по заболеваемости туберкулезом. Распространенность ВИЧ-инфекции на территории ИО также одна из высоких в РФ. До настоящего времени среди внелегочных форм туберкулеза абдоминальный туберкулез (АТ) считался редкой патологией, однако в связи с общим ростом заболеваемости туберкулезом, АТ стал заметной нозологической единицей в хирургическом стационаре, оказывающим urgentную помощь. Цель исследования: оценить клинические проявления АТ результаты лечения у больных, находившихся на лечение в общехирургическом стационаре. Материалы и методы Проведен ретроспективный анализ 165 наблюдений АТ у больных, находившихся на лечении клинике общей хирургии ИГМУ в 2006-2015 гг., оказывающей urgentную хирургическую помощь. Больные АТ были в возрасте 18-66 лет, средний возраст составил 31 (30,8-34,8 95%ДИ) год. Мужчин было 127 (77,0%), женщин – 38 (23,0%). Результаты Больные АТ в общехирургический стационар чаще всего поступали по направлению из противотуберкулезного диспансера (55) или по скорой помощи (49), существенно из других лечебных учреждений. Подавляющее число больных вели асоциальный образ жизни, 132 (80,0%) больных употребляли внутривенные наркотики. У 137 (83,0%) 78 больных была ВИЧ-инфекция, из них у 100 (60,6%) – в стадии СПИДа. ВИЧ-инфекция в 37 (22,4%) наблюдениях сочеталась с гепатитом «В», в 79 (47,9%) – гепатитом «С», в 39 (23,6%) – кандидозом, в 6 (3,6%) – циррозом печени. В 97 (58,8%) наблюдениях АТ сочетался с туберкулезом легких, в 80 (48,5%) имелась выраженная кахексия. При поступлении 146 (88,5%) больных с АТ предъявляли жалобы на боли в животе, 49 (29,7%) – на тошноту и рвоту, 35 (21,2 %) – наличие гипертермии. У 51 90

(54,5%) больных была гипотензия, у 118 (71,5%) больных – тахикардия. Лабораторные исследования выявили наличие анемии у 100 (60,6%) больных, лейкоцитоза – у 56 (33,9%), тромбоцитопении (тромбоциты $<100 \cdot 10^9$ /л) – у 14 (8,5%). При изучении биохимических показателей крови было установлено наличие гипопропротеинемии у 132 (80,0%) больных, билирубинемии – у 44 (26,7%) больных и азотемии – у 42 (25,5%) больных. В 44 (26,7%) наблюдениях отмечено снижение в плазме уровня калия (K^+ $>3,5$ ммоль/л) и натрия (Na^+ >135 ммоль/л). Оперировано 140 (84,5%) больных. Основным поводом к операции служило наличие клинических признаков перфорации полого органа и перитонита. На операции в 75 наблюдениях был выявлен туберкулез желудочно-кишечного тракта, осложненный перфорацией. В 40 наблюдениях перфорации локализовались в подвздошной кишке, 11 – подвздошной и тощей кишках, 9 – тощей кишке, 9 – ободочной кишке, 2 – слепой кишке, 2 – червеобразном отростке и 2 желудке. В 23 наблюдениях перфорация туберкулезной язвы сочеталась с туберкулезным мезаденитом тонкой кишки и в 11 – с туберкулезом забрюшинных лимфоузлов. В 16 наблюдениях был отмечен изолированный туберкулезный мезаденит (с абсцедированием или без него), в 14 – туберкулез селезенки (с абсцедированием в 6 случаях), в 9 – туберкулез печени, 4 случаях – туберкулез кишечника, осложненный кровотечением из области язв. В остальных 22 случаях был отмечен туберкулез брюшины (табл. 3). У 98 (70,0%) оперированных больных абдоминальный туберкулез осложнился развитием разлитого гнойного перитонита. Умерло 95 (57,6%) больных, из них 51 – имели ВИЧ-инфекцию. Основной причиной летальности у 75 больных был генерализованный туберкулез, у 20 больных – разлитой гнойный перитонит с полиорганной недостаточностью. Заключение Основным поводом обращения за ургентной хирургической помощью больных АТ является наличие боли в животе. Как правило, это мужчины 30-35 лет, употребляющие наркотики, имеющие ВИЧ-инфекцию в стадии СПИДа. Оперировалось 84,5% больных. Показанием к операции явились признаки гнойного перитонита. Сочетание перитонита с туберкулезом легких и ВИЧ-инфекцией являлось неблагоприятным для жизни.

80. Особенности оказания хирургической помощи при ранениях магистральных сосудов в условиях районной больницы

Фролов А.П. (1), Воронцов А.А. (2,3), Емельянов А.А. (2), Файзуллин М.А (3)

Иркутск, Черемхово

Иркутский государственный медицинский университет (1) Черемховская городская больница № 1 (2) Черемховская городская больница № 2 (3)

К одной из наиболее сложных травм брюшной полости относятся ранения магистральных сосудов. Несмотря на значительный прогресс хирургии, результаты лечения травмы сосудов неутешительны. Большая часть пострадавших погибает от несовместимой с жизнью кровопотери на месте происшествия. Цель исследования: провести ретроспективный анализ структуры проникающих ранений в брюшную полость и результатов оказания помощи пациентам с ранениями магистральных сосудов в условиях районных больниц. Материалы и методы Проведен ретроспективный анализ 9 наблюдений проникающих ножевых колото-резанных ранений в брюшную полость с

повреждением магистральных сосудов (МС) у пациентов, находившихся на лечении в хирургических отделениях ОГБУЗ «Черемховская Городская Больница № 1» и ОГБУЗ «Черемховская Городская Больница № 2» в 2009-2014 гг. Из них мужчин было – 6, женщин. Больные были в возрасте 23-80 л, средний возраст составил 31,6 л. Результаты Повреждения МС при проникающих ножевых колото-резанных ранений в брюшную полость отмечались редко (4,8%). У всех 9 пациентов с ранениями МС имелось повреждение магистральных вен. Наиболее часто отмечались ранения нижней полой вены (7), реже – вороной вены (1) и верхней брыжеечной вены (1). Большинство пострадавших (8) поступали в состоянии алкогольного опьянения, через 40 мин с момента получения травмы. Все раненные поступали в состоянии геморрагического шока II-III степени. Во всех наблюдениях пострадавшим выполнялась широкая средне-срединная лапаротомия. После выполнения оперативного доступа продолжающееся кровотечение выявлено у 3 пациентов. Источниками кровотечения были: ранение воротной вены – у 1 пациента, ранение верхней брыжеечной вены – 1, ранение нижней полой вены в области слияния правой и левой подвздошной вены – 1. У остальных 6 пациентов на момент начала операции продолжающегося кровотечения не было вследствие тампонады области места ранения вены сгустками крови или гематомой. Объем кровопотери составлял 1900 [300-3400] мл. Ранение нижней полой вены характеризовалось наличием у всех 7 пациентов забрюшинная гематомы – важнейшим признаком ее ранения. Во всех наблюдениях гемостаз начинали осуществлять с временной остановки кровотечения путем прижатия области ранения вены пальцем или тупфером. Ранения нижней полой вены локализовались: у 5 пациентов – в области слияния подвздошных вен, у 2 – в инфраренальном сегменте. При этом у 6 пострадавших имело место линейное ранение передней стенки нижней полой вены, у 1 – сквозное ранение без поперечного пересечения. В последнем наблюдении рана задней стенки была ушита путем ротации вены с перевязкой и пересечением поясничных вен. Величина дефекта стенки нижней бала 0,2-1,0 см. Летальных исходов не было. При ранении верхней брыжеечной вены гемостаз выполнялся лигированием поврежденного сосуда. В случае ранения воротной вены пациенту была выполнена временная остановка кровотечения путем пережатия гепатодуоденальной связки. Оперативное лечение проводилось на фоне общей кровопотери более 3000 мл крови. Выполнить окончательный гемостаз, как путем перевязки, так и наложения шва не удалось вследствие смерти пострадавшего в ходе операции от декомпенсированного необратимого геморрагического шока. Выводы У пациентов, госпитализируемых в районную больницу, по поводу проникающих ножевых ранений, повреждения МС отмечается редко. Повреждения МС отмается редко (4,8%), наиболее часто – ранение нижней полой вены. Временная остановка кровотечения с последующим адекватным хирургическим доступом к поврежденному сосуду и наложением сосудистого шва определяют благоприятный исход полученных ранений МС. Неблагоприятный исход обусловлен – декомпенсированным необратимым геморрагическим шоком.

81.Способ пролонгированной санации брюшной полости (экспериментальное исследование).

Салахов Е.К.

Набережные Челны

Изобретение относится к медицине, хирургии, может быть использовано при лечении перитонита. Задачей полезной модели является создание эффективного способа санации брюшной полости позволяющим снизить эндогенной интоксикации и способствующем профилактике спайкообразования. Решение поставленной достигается тем, что способ пролонгированной санации брюшной полости при распространенных формах перитонита, при котором, после лапаротомии, устранения источника перитонита, санации брюшной полости пациентам нуждающихся в дальнейших санациях брюшной полости проводят процедуру, при которой смешиваются порошок сорбента и порошок карбоксиметилцеллюлозы, разводиться водой до получения однородной желеобразной массы, в брюшную полость, а именно боковые каналы и малый таз, укладывается гель карбоксиметилцеллюлозы с сорбентом, в послеоперационном периоде через лапаропорты, гель с помощью аппарата для промывания эвакуируется из брюшной полости. Техническим результатом способа является снижение эндогенной интоксикации и профилактика спайкообразования. Благодаря гелю целлюлозы и сорбента, который связывает токсичные продукты - токсины бактерий и снижает интоксикацию организма за счет фиксации токсинов сорбентом, и последующим удалением токсинов вместе с гелем и сорбентом, действия как активированный уголь, связывая токсины и не давая им всосаться в кровь. Также благодаря гелю ограничивается контакт кишечных петель и передней брюшной полости, что способствует профилактике спайкообразования (заявка на изобретение №

82. Кишечный зонд для активной аспирации кишечного содержимого с целью устранения энтеральной недостаточности при перитоните

Салахов Е. К.

Набережные Челны

ГАУЗ " Менделеевская ЦРБ"

Полезная модель относится к медицине, в частности абдоминальной хирургии, а именно конструкциям зондов для интубации тонкой кишки. Задачей полезной модели является разработка более совершенной конструкции зонда, которая позволила не подключаться к аппарату отрицательного давления (отсосу) и тем самым не присасываться к стенке кишечника. Решение поставленной достигается тем, что кишечный зонд для активного удаления содержимого тонкого кишечника, выполнен в виде трубки не менее 1 см в диаметре с запаянным концом, с боковыми отверстиями, внутри которого располагается плотный пластиковый шнур, на котором располагаются «рабочие спирали» на некотором расстоянии друг от друга, что позволяет дренажу сгибаться, боковые отверстия зонда соответствуют расположению «рабочих спиралей», пластиковый шнур на некотором расстоянии «рабочие спирали» подключается к маломощному электромотору и вращает «рабочие спирали». Техническим результатом является более совершенная конструкции зонда, которая позволяет эвакуировать содержимое тонкой кишки, не присасывается к стенке кишки, позволяет в послеоперационном периоде осуществлять промывание просвета тонкой кишки. (Заявка на полезную модель №2017110996 от 31.03.2017)

83.Способ пролонгированной санации брюшной полости при перитоните(экспериментальное исследование).

Салахов Е.К.

Набережные Челны

ГАУЗ "Менделеевская ЦРБ"

Изобретение относится к медицине, хирургии, может быть использовано при лечении перитонита.Задачей полезной модели является создание эффективного способа санации брюшной полости позволяющим снизить эндогенной интоксикации и способствующемпрофилактике спайкообразования. Решение поставленной достигается тем, что способ пролонгированной санации брюшной полости при распространенных формах перитонита, при котором, после лапаротомии, устранения источника перитонита, санации брюшной полости пациентам нуждающихся в дальнейших санациях брюшной полости проводят процедуру, при которой смешиваются порошок сорбента и порошок карбоксиметилцеллюлозы, разводиться водой до получения однородной желеобразной массы, в брюшную полость, а именно боковые каналы и малый таз, укладывается гель карбоксиметилцеллюлозы с сорбентом, в послеоперационном периоде через лапаропорты, гель с помощью аппарата для промывания эвакуируется из брюшной полости.Техническим результатом способа является снижение эндогенной интоксикации и профилактика спайкообразования. Благодаря гелю целлюлозы и сорбента, который связывает токсичные продукты - токсины бактерий и снижает интоксикацию организма за счет фиксации токсинов сорбентом, и последующим удалением токсинов вместе с гелем и сорбентом, действия как активированный уголь, связывая токсины и не давая им всосаться в кровь. Также благодаря гелю ограничивается контакт кишечных петель и передней брюшной полости, что способствует профилактике спайкообразования (заявка на изобретение № 2016143 от 08.11.2016)

84.

85.Терапия отрицательным давлением у пациентов перенесших трансстернальный доступ осложненный стерномедиатинитом.

Фургал А. А., (1). Раповка В. Г., (1). Щава С. П., (1). Васильев В. А., (1). Капустин М. А., (1). Сорокин В. А.(2).

Фургал А. А., (1). Раповка В. Г., (1). Щава С. П., (1). Васильев В. А., (1). Капустин М. А., (1). Сорокин В. А.(1,2). 1) Владивосток, 2) Сингапур.

Фургал А. А., (1,3). Раповка В. Г., (2,3). Щава С. П., (1). Васильев В. А., (1). Капустин М. А., (1,3). Сорокин В. А.(1,3,4). 1) МЦ ДВФУ, 2) ПККБ№1, 3) ТГМУ, 4) Сердечный центр Национального Университета Сингапура.

Срединная стернотомия является основным доступом в хирургии сердца, грудной аорты и крупных воздухоносных путях. Проблема инфекционных осложнений доступа особенно актуальна в настоящее время в связи с постоянно растущим количеством операций, увеличением количества гериатрических пациентов а так же пациентов с сахарным диабетом. Значительные цифры летальности при данном осложнении, инвалидизация пациентов, экономические потери лечебных учреждений являются стимулом в совершенствовании тактики хирургического ведения таких больных. Цель исследования: изучить результаты опыта применения вакуумной аспирации в лечении послеоперационных стерномедиастенитов после проведения операций на сердце в условиях искусственного кровообращения. Материалы и методы: проанализированы результаты лечения 4-х пациентов с диастазом и инфицированием стернотомной раны, терапией постоянным отрицательным давлением. После выявления у пациентов признаков инфицирования послеоперационной раны производилось частичное разведение мягких тканей с целью ревизии, санации, дренирования и взятия посевов раневого отделяемого. В случаях, сопровождавшихся наличием диастаза тела грудины, септического состояния раны, производилось разведение послеоперационных швов. В зависимости от характера диастаза тела грудины (прорезывание проволочными лигатурами, поперечные переломы или их сочетание) планировалась тактика ведения с удалением проволочных лигатур или без такового, с целью сохранения каркасности грудной клетки. После проведения хирургической обработки производилось замещение дефекта тканей абсорбирующим материалом. В качестве абсорбирующего материала использовалась медицинская поролоновая губка выполняющая дефект мягких тканей с установленным в сердечнике последней дренажной трубки. Вся конструкция ограничивалась герметичной барьерной пленкой. В качестве источника вакуума – аспиратор. Уровень создаваемого давления 70-150 мм.рт.ст. Смена повязки однократно в 3-4 суток. Результаты и выводы: при первой и последующих сменах повязок отмечено быстрое очищение раны, рост гранулирующих тканей, значительное уменьшение раневой поверхности в связи с сближением краев раны и полное отсутствие экссудации. Отмечено улучшение эмоционального фона пациентов (отсутствие многократных перевязок, сухая повязка, отсутствие мацерации и травм кожи обеспечили качественно иной уровень применения открытого способа ведения раны). Анализ применения терапии отрицательным давлением показал, что в сравнении с традиционным лечением он лишен недостатков таких как дестабилизация грудины, наличия открытой раны на протяжении длительного времени подверженной реинфицированию, часто осложняющей лечение. Применение отрицательного давления через пористый материал стало простым и эффективным средством для лечения широкого спектра раневых инфекций стернотомного доступа.

86. Усовершенствованная методика компьютерной томографии, с комбинированным контрастированием в диагностике острого панкреатита

Ключевые слова: компьютерная томография, острый панкреатит, внутривенное контрастирование Актуальность. Самым информативным методом обследования в диагностике острых панкреатитов считается компьютерная томография (КТ). Однако возможности мультidetекторной КТ в диагностике панкреатитов и прогнозировании течения болезни полностью не изучены. Существуют разногласия в вопросе методики внутривенного введения контрастного вещества при использовании мультidetекторной КТ. Цель работы. Усовершенствование методики КТ с внутривенным контрастированием при острых панкреатитах. Обследования проведены на мультidetекторном компьютерном томографе (Simens-Somatom Definition AS-64). Сканируемая область охватывала часть тела от сводов диафрагмы до пахового соединения. Первое сканирование проведено на этом фоне, затем внутривенно вводили неионное контрастное вещество (100мл 370/300 ультравист) со скоростью 2-3 мл/с. Через 25-30 минут после введения контрастного вещества (в артериальной фазе) было проведено второе, на 65-70 секундах (венозная фаза) – третье сканирование. Оценивали степень накопления контрастного вещества в ткани поджелудочной железы и проводили сканирование выбранной области. Затем полученные изображения были обработаны на компьютере. Обследование выделенной области проводили отрезками: в артериальной фазе – на толщине 1.25 мм (шагом в 1 мм), а в венозной фазе – на толщине 3 мм со скоростью 4.5 мм/с, с остановкой при акте вдоха. Материал и методы исследования. Обследованы в 2012-2016 годах, в НИЦХ имени акад. М.А.Топчубашова, 60 пациентов с острым панкреатитом, мужчин было 52 (86,7%), женщин -8 (13,3%). У 15 (25,0%) пациентов отмечалась отечная (абортивная) форма острого панкреатита, у 45 (75,0%) – прогрессирующая. Возраст пациентов от 19 до 68 лет. Из 60 пациентов 36 (60,0±6,3%) были молодого возраста. Полученные результаты. Усовершенствованная методика комбинированной КТ позволяет выделить следующие компьютерно-томографические признаки острого панкреатита. 1. Увеличение размеров, размытость контуров поджелудочной железы, диффузное или неравномерное уменьшение плотности паренхимы; диффузная или очаговая картина паренхимы при внутривенном контрастировании (отсутствие контрастирования). 2. В брюшной полости и серозных оболочках : уплотнение панкреатической ткани, увеличение плотности жировой ткани в других органах, неравномерная инфильтрация жировой ткани и наличие там газов; утолщение листка брюшины и почечной фасции, наличие свободной или ограниченной жидкости в брюшной полости, в плевре. 3. При болюсном контрастировании, контрастное вещество скапливается в панкреатической ткани, в периферической – отсутствует. В 28% отмечается увеличение денситометрического показателя на 10-15 HU за пределами зоны инфильтрации, вдоль листка брюшины и фасциальных перегородок. Обсуждение. Полученные таким образом сканограммы отрезков позволяли устранить эффект «объемного усреднения» и точно определить объем и границы деталей на изображениях. Выводы. 1. Усовершенствованная методика МСКТ, с внутривенным контрастированием позволяет выявить патологические изменения, в паренхиме поджелудочной железы, окружающих ее тканях, других органах брюшной полости. 2 . Некротические изменения в поджелудочной железе, массивная инфильтрация, скопление жидкости в парапанкреатической области и контрастного вещества в небольшом количестве в ткани железы являются КТ признаками острого некротического панкреатита. Рекомендация. Усовершенствованной методики КТ с комбинированным контрастированием в диагностике острого панкреатита так как позволяет прогнозировать течение болезни и проведит мониторинг за адекватностью лечения.

87. Неотложная помощь в отделении гнойной хирургии многопрофильной клиники

Фаттахов В.В., Максумова Н.В., Малков И.С. Насруллаев М.Н., Ханнанов Н.И.

Казань

Казанская государственная медицинская академия - филиал ГБОУ ДПО РМАНПО МЗ РФ

Несмотря на развитие современной медицины, проблема гнойно-воспалительных заболеваний, хирургических инфекций остается актуальной. В структуре хирургической патологии инфекционно-воспалительные заболевания по первичной обращаемости составляют до 70%; послеоперационные гнойные осложнения - до 36%; больные с запущенными результатами самолечения с применением "народных" методов - до 50%. Основные показатели деятельности базового подразделения кафедры хирургии КГМА - отделения неотложной гнойной хирургии ГКБ № 7 г. Казани в 2016 году следующие. Выполнения плана по пролеченным больным - 127,92 %. Хирургическая активность - 76,28%. Послеоперационная летальность - 0,97%. Количество отказов в госпитализации - 2461. Количество амбулаторных операций - 313. После укусов животными различных локализаций привито амбулаторно - 506. Оперировано 1415 человек и им произведено 1557 операций. Наиболее частые причины: флегмона - 267, абсцесс - 197, парапроктит - 80, эмпиема эпителиально-копчикового хода - 65, постинъекционный абсцесс - 60, осложненные формы панариция, пандактилит - 56, инфицированные гематомы - 46, гнойный бурсит и артрит - 124, остеомиелит - 27, мастит - 24 и др. Послеоперационная летальность 18 человек (1,27%). Хирургические инфекции относятся к определенной области хирургии, с которой сложно работать как специалистам поликлинического, так и стационарного звена. В основе находится принцип - «где гной, там вскрой», но проблема этим не исчерпывается. Так из 30 больных, умерших в отделении в 2016 году, 5 (16,7%) умерли от сепсиса, а остальные от нарушений кровообращения (артериального, венозного, смешанного). При критической ишемии конечностей выполнено 426 операций. Нами выбрана тенденция динамического наблюдения и органосохраняющих операций. Это достигается углубленным обследованием пациентов за счет методов, не входящих в утвержденные стандарты: кардиоинтервалография (КИГ) и лазерной доплеровской флоуметрия (ЛДФ). Объективным показателем, отражающим состояние регуляторных систем организма, является вариабельность ритма сердца (ВРС), определяемая при КИГ, которая позволяет оценить дисфункцию вегетативной нервной системы (ВНС), определить степень напряжения регуляторных систем, оценить адаптационные возможности, выявить взаимосвязь между изменением функционирования ВНС и смертностью от ССЗ, включая внезапную, так называемую «сердечную смерть» (в т.ч. наркозную, раннюю послеоперационную и т.п.). Компьютерный лазерный анализатор капиллярного кровообращения ЛАКК-М - позволяет проводить ЛДФ и определять микроциркуляцию крови, количество кислорода в крови и процент усвоения кислорода тканями тела; подобрать лекарственные препараты по результатам спектрального анализа полученных данных; оценить эффективность и адекватность медикаментозного лечения, уровень и объем оперативного вмешательства. Благодаря персонализированной консервативной терапии, использованию методов физиотерапии и лечебной физкультуры удалось, в определенной степени, минимизировать объем операций при КИНК. Так некрэктомий выполнено - 304, ампутаций и экзартикуляций пальцев ног - 62, ампутаций

стопы – 6, голени – 14, бедра – 37. У 2 больных с неблагоприятным послеоперационным течением проведены реампутации. И у одной больной произведена ампутация руки на уровне верхней трети плеча Плановых хирургических операций выполнено 91 (5,8 % от всех операций). Из них: грыжесечения–28, в том числе паховые -18, вентральные послеоперационные-7, белой линии живота-2, пупочные-1. Операции при варикозном расширении вен – различные варианты флебэктомий-14, иссечение липом – 8, эпителиально-копчикового канала – 8, аутодермопластик-23. По клиническим показаниям выполнено 8 трахеостомий и 2 эпицистостомы. Летальных исходов не было. Комплексный подход с оценкой ВРС, системной и локальной микроциркуляции крови и ее вариабельности, адекватная персонифицированная медикаментозная терапия и реабилитация позволяют минимизировать объем калечащих операций при гнойно-воспалительных заболеваниях.

88. Новые подходы к фармакотерапии в комплексном лечении трофических язв нижних конечностей венозного генеза и оценке ее эффективности

Костырной А.В., Изосимов В.В., Умеров Э.Э., Гривенко С.Г.

Симферополь

ФГАОУ ВО “Крымский Федеральный Университет имени В.И. Вернадского”,
Медицинская Академия имени С.И. Георгиевского

Актуальность проблемы. Лечение пациентов с трофическими язвами (ТЯ) на фоне хронической венозной недостаточности (ХВН) требует применения комплексных мероприятий, направленных как на патогенетические механизмы развития, так и на различные этиологические факторы. Однако сложность патогенеза ТЯ требует разработки и использования в клинической практике многоплановой концепции их лечения. Роль иммунных нарушений в развитии и рецидивировании ТЯ мало изучена, в связи, с чем исследование иммунологических маркеров при ТЯ может определить эффективность выбранного метода лечения. Одним из таких маркеров традиционно считают – циркулирующие иммунные комплексы (ЦИК). Цель работы: улучшение результатов лечения больных с венозными ТЯ посредством включения в комплексное лечение энтеросорбции и оротата магния с мониторингом ее эффективности динамикой уровней ЦИК. Материалы и методы. Проанализированы результаты обследования и комплексного лечения 72 пациентов с ХВН С6 класса по СЕАР, находившихся на лечении в клиниках г. Симферополя с 2012 по 2016 гг. Все больные составили 2 группы, у которых для местного лечения применяли антибактериальные водорастворимые мази, которые дополняли компрессионной терапией и флеботониками. I группу составили 52 пациента, у которых дополнительно в комплексном лечении ТЯ применялись оротат магния и энтеросорбция (Патенты Украины №89297 и №112033). II группу, составили 20 больных, не получавших предлагаемую терапию. В обеих группах преобладали женщины – 42 (58,33%). Причиной развития ХВН у 47 (65,28%) пациентов была варикозная болезнь, а у 25 (34,72%) - посттромбофлебитическая болезнь. Эффективность проводимого лечения оценивали по клиническим параметрам: срокам очищения язв, появлением грануляций, эпителизации. Содержание ЦИК определяли в сыворотке крови спектрофотометрически и выражали в условных единицах у 44 больных обеих групп: 24 первой и 20 второй.

Исследование проводили при поступлении, через 7 и 14 суток от начала лечения. Контролем служила группа практически здоровых лиц (14 чел.). Статистическая обработка данных осуществлялась с помощью стандартных процедур, общепринятых на сегодняшний день. Результаты и обсуждение. В результате применения предложенного комплексного лечения показатели клинической эффективности существенно улучшились в I группе, где быстрее происходило купирование воспалительных явлений и очищение раны. Наступление же грануляционной фазы раневого процесса было в среднем на 2,78 суток быстрее, чем во II группе. Аналогичные тенденции наблюдались и в дальнейшем. Так, средние сроки появления грануляций и начала эпителизации в I группе были меньше контрольных II группы на 4,68 и 4,14 суток соответственно. Эти тенденции позволили уменьшить средний койко-день у больных I группы на 4,86 суток по сравнению со II. Также установлено, что начальный фон уровня ЦИК был повышен во всех группах больных по отношению к контролю. У больных I группы он превышал контрольные показатели в 2,78 раза ($40,87 \pm 2,98$ против $14,71 \pm 3,08$), а во II в 2,53 раза – ($37,28 \pm 3,09$ против $14,71 \pm 3,08$). В процессе лечения отмечено снижение уровней ЦИК также в обеих группах. На 7 сутки у больных I группы отмечено снижение уровней ЦИК по отношению к начальному фоновому на 26% ($40,87 \pm 2,98$ против $26,27 \pm 2,04$). В тоже время у больных II группы это снижение носило менее выраженный характер - на 24% ($37,28 \pm 3,09$ против $28,32 \pm 2,15$). К 14 суткам наблюдалось хоть и незначительное, но повышение уровня ЦИК по отношению к его уровню на 7 сутки лечения. Однако в этот временной отрезок у больных обеих групп отмечено снижение уровней ЦИК по отношению к начальному фоновому: в I - лишь на 14% ($40,87 \pm 2,9$ против $35,37 \pm 2,86$), а во II - около 10% ($37,28 \pm 3,09$ против $33,48 \pm 2,38$). Выводы. Включение в комплексное лечение ТЯ при ХВН препаратов органического магния и энтеросорбента позволяет ускорить процесс заживления и сократить сроки пребывания больных в стационаре, в том числе за счет элиминации ЦИК.

89. Возможности мультиспиральной компьютерной томографической ангиографии в диагностике атеросклеротического поражения артерий нижних конечностей .

Манафов С.С. , Хасаева Н.Р.

Баку

Научный центр хирургии имени М.А.Топчубашова

Актуальность : Проблема точной и своевременной диагностики заболеваний артерий нижних конечностей остается актуальной , как в связи возросшим количеством больных , так и большим процентом неудовлетворительных результатов лечения . Хронические облитерирующие заболевания аорты и артерий нижних конечностей составляют соответствует 2-3% от общей численности населения . Цель исследования : Определение диагностической значимости мультиспиральной компьютерно - томографической ангиографии (МСКТА) при атеросклеротических поражениях артерий нижних конечностей. Материал и методы: Мультиспиральная компьютерно томографическая ангиография с применением болюсного контрастирования применялась 192 больным у 147 (76.5%) из которых были обнаружены атеросклеротические поражения артерий нижних конечностей . Протокол исследования включал как нативное исследование, так и артериальную фазу. Для получения артериальной фазы использовалось неионные

контрастные препараты с содержанием йода 300-370мг/мл («Ультравист»). Контрастный препарат вводился с помощью автоматического инжектора «Medrad» в объеме 80-100мл со скоростью 2 мл/сек через катетер, установленный в локтевую вену. Данная скорость позволяла добиться оптимального контрастирования артерий нижних конечностей. До введения контрастного препарата измерялась плотность крови в брюшной аорте, которая составляла 52-60 единиц Хаунсфильда (HU). Время начала сканирования после введения контрастного препарата определялось автоматически при помощи системы «Sure Start»: как только плотность в брюшной аорте достигала 120 ед. HU, аппарат автоматически начинал сканирование. Полученные результаты : По данным нашего исследования у 20 больных (13.7%) была выявлена окклюзия аорто- повздошного сегмента, у 65 больных (44.1%) поверхностной бедренной артерии, у 31 больных (21,1%) подколенно- берцового сегмента , у 31 больных (21,1%) артерий голени. Томограммы с контрастным усилением позволяли изучить структурные изменения сосудистой стенки при атеросклерозе: выявить утолщения сосудистой стенки , дефекты наполнения , вычислить степень стеноза в процентах , четко определить размер аневризмы и дифференцировать тромботические массы , находящиеся в ее просвете. Производя “вращения ”объекта в различных плоскостях, можно наглядно выявить поражения не визуализированные во фронтальной плоскости. Обсуждение : Способность построения реконструкции изображения в любой заданной плоскости является одним из существенных преимуществ МСКТ , что в свою очередь представляет новые возможности мультипланарной и трехмерной реконструкции изображения . Выводы : МСКТ ангиография является ценным диагностическим методом с высокой чувствительностью и специфичностью . У обследованных нами больных чувствительность МСКТ ангиографии составила 95.6 % , специфичность- 99.3 % , а диагностическая точность- 98.4% . Полученная при МСКТ целостная картина состояния аорты, артерий нижних конечностей в совокупности с клинической картиной заболевания позволяет успешно проводить дифференциальный диагноз между атеросклерозом и другими облитерирующими заболеваниями артерий нижних конечностей. Рекомендации : Полученные результаты при МСКТ ангиографии у больных с окклюзионными поражениями артерий нижних конечностей отличаются высокой точностью и объективностью , что обуславливает ее широкое применение в ангиологии

90. Взгляд проктолога на жалобы женщин после родов

Толкачев К.С., Борщ О.В.

Иркутск

ФГБОУ ВО ИГМУ Минздрава РФ

За пять лет в хирургическом отделении клиник ФГБОУ ВО ИГМУ Минздрава РФ наблюдалось 12 пациенток с ректоцеле. Возраст пациенток составил от 24 до 52 лет. Основными жалобами явились: запор (100%), чувство неполного опорожнения прямой кишки (85%), применение слабительных средств (100%), клизм (74%), длительный акт дефекации (80%), запор (частота стула 2 раза в неделю и реже) у (85 %) пациенток. При сборе анамнеза установлено, что 11 человек в анамнезе имели роды, в том числе многократные у 7, крупным плодом, роды с разрывом промежности у 8 пациенток, эпизиотомией в 5 наблюдениях, занимаются тяжёлым физическим трудом 2 пациентки. У

всех пациенток применялось ректальное исследование. Мы использовали «Клинические рекомендации по диагностике и лечению взрослых пациентов с ректоцеле. Москва, 2013». У 7 наблюдаемых нами пациенток отмечены рубцовые изменения по задней стенке влагалища, удлинение половой щели и увеличение расстояние между анальным отверстием и влагалищем. У всех имелось утолщение и патологическая подвижность слизистой оболочки нижнеампулярного отдела прямой кишки по её передней или по задней поверхности, которое увеличивалось при натуживании, кашле и исчезало в коленно-локтевом положении. У этих пациенток определялось наличие избыточного количества слизистых масс по задней стенке влагалища. У всех верифицировано расхождение мышц леваторов и истончение ректовагинальной перегородки при одновременной пальпации со стороны влагалища и прямой кишки. Мы считаем, что если в коленно-локтевом положении ректоцеле не выявляется, то необходимо предложить осмотр в гинекологическом кресле. Мышцы тазового дна при этом расслабляются и ректоцеле выявляется при ректальном исследовании и подъеме вверх ректовагинальной перегородки. На этом этапе обязательна детализация жалоб: -Бывает ли такое давление во время акта дефекации? -давят ли каловые массы на стенку влагалища? -Приходится ли руками удерживать или придавливать стенку влагалища, что бы облегчить выход каловых масс? Все имеющиеся проблемы заставляют анализировать и искать причины данных изменений. В настоящее время считается, что заболевание возникает при: изменении в ректовагинальной перегородке, изменениях в мышцах -леваторах-поднимающих задний проход, врождённой слабости мышечно-связочного аппарата тазового дна, дистрофии и атрофии ректовагинальной перегородки и мышц тазового дна, связанные с возрастными изменениями, частый подъём тяжестей, ожирением, повышением внутрибрюшного давления. Но на практике все пациентки обратившиеся на приём в нашу клинику при активном расспросе связывают данное состояние с беременностью и родами. То есть нарушение естественного акта дефекации появились после родов. Нами выполнено ультразвуковое исследование, при котором визуализировалось изолированное разрушение сухожильного центра промежности в 8 наблюдениях, рубцовые изменения промежности, наличие гиперэхогенных включений в структуре мышечной ткани. Данные изменения резко отражают качество жизни пациентов и безусловно требуют дальнейшей коррекции. Считаем, что необходимо обратить внимание на здоровье пациенток в послеродовом периоде, их реабилитацию. Именно понимание возможности возникновения проблемы позволит диагностировать и профилактировать возникновение данной патологии. Необходимо чёткое взаимопонимание между акушерами-гинекологами и врачами колопроктологами для поиска проблемы и механизмов её решения.

91. Лечение геморрагических осложнений псевдокист поджелудочной железы

Гольцов В. Р., Савелло В.Е., Демко А.Е., Кулагин В.И., Платонов С.А., Батиг Е.В., Курочкин Д.М., Моллаев Э.С., Киселёв М.А.

Санкт-Петербург

СПбНИИ СП им.И.И.Джанелидзе

Целью работы было оценить эффективность различных методов хирургического лечения псевдокист поджелудочной железы, осложнённых кровотечением. Представлены результаты хирургического лечения 31 больного с псевдокистами поджелудочной железы, осложнёнными кровотечениями (ложными аневризмами I типа), которые проходили обследование и лечение в Городском Панкреатологическом Центре Санкт-Петербургского НИИ СП им. И.И. Джанелидзе с 2007г по 2016г. У всех больных исследуемой группы отсутствовали хронические заболевания, которые могли бы повлиять на исход (хроническая сердечная недостаточность, бронхиальная астма, цирроз печени, ХПН и др.). Применяемый терапевтический лечебный комплекс (антисекреторная, антибактериальная терапия с нутриционной поддержкой и др.) был однотипным. Больные были разделены в зависимости от вида оперативного лечения на две группы: 1 группа (15 пациентов) – производилась лапаротомия, интраоперационный гемостаз и наружное дренирование псевдокисты поджелудочной железы; 2 группа (16 пациентов) – первым этапом выполнялась селективная ангиография с эмболизацией кровоточащего сосуда, а вторым этапом – наружное чрескожное дренирование псевдокисты поджелудочной железы под лучевым наведением. Интегральная оценка эффективности различных видов хирургического лечения псевдокист поджелудочной железы, осложнённых кровотечениями, производилась по таким показателям, как частота развития тяжёлого сепсиса и уровень летальности. При использовании минимально инвазивных методик не было отмечено случаев развития тяжёлого сепсиса и летальных исходов, тогда как в 1-ой группе тяжёлый сепсис развился у 5 больных (33,3%), умерло 3 (20,0%). Таким образом, минимально инвазивный комплекс лечебных мероприятий при кровотечении в просвет ложной кисты поджелудочной железы является оптимальным тактическим решением. При невозможности по различным причинам выполнить минимально инвазивные вмешательства необходимо выполнять традиционную лапаротомию.

92. Особенности ведения троакарных ран при лапароскопических операциях

Чугунов И.А., Воронов А.В., Сирота А.В., Чугунов Н.И.

Хабаровск

Институт повышения квалификации специалистов здравоохранения

Накопленный опыт видеолапароскопических операций с 1994 года, практически с началом их выполнения в нашем регионе, позволяет нам поделиться некоторыми особенностями в выполнении некоторых их этапов. Вопрос о расширении ран при лапароскопических операциях чаще всего возникает на завершающем этапе, когда имеется несоответствие размеров имеющихся портов и удаляемых органов или тканей, не позволяющее произвести их извлечение из брюшной полости без увеличения одной из ран доступа. Это затруднение привело к появлению множества способов и методов расширения ран, появлению новых инструментов для этих целей, рассчитанных как на извлечение цельного органа, так и на его извлечение по частям или после морцеллирования. Первое, естественно, сложнее, так как требуется сохранить целостность органа, чаще всего полостного (желчный пузырь с конкрементами, киста с инфицированным содержимым) с минимальной травматизацией тканей и анатомических структур по краям троакарной раны. Мы считаем, что дозированное, послойное

рассечение тканей краев раны, с учетом их анатомических особенностей, выполняемое под визуальным контролем как снаружи, так и со стороны брюшной полости, отвечает предъявленным требованиям. Однако выполнить такую манипуляцию обычным скальпелем, особенно у пациентов с выраженным подкожно-жировым слоем, крайне затруднительно и опасно. Для этого мы применили оригинальный инструмент, состоящий из лезвия, расположенного на дугообразном, круглом зонде-проводнике с шарообразной оливой на конце и ручки в виде кольца для удобного захвата и ориентировки инструмента в ране (патент на изобретение № 2393791). Методика(на примере холецистэктомии): Мы используем для извлечения желчного пузыря рану (порт) в эпигастральной или параумбиликальной областях (диаметром 10мм). После выведения из брюшной полости наружу шейки желчного пузыря под визуальным контролем вводим конец зонда-проводника между краем раны и стенкой желчного пузыря в брюшную полость. Далее в брюшную полость, между краем раны и стенкой пузыря, проводится часть инструмента с лезвием. Под контролем лапароскопа выбирается необходимое положение лезвия и при обратном, выводящем движении инструмента, производится дозированное рассечение края раны до получения нужного размера. При необходимости манипуляция повторяется. Предложенный способ рассечения ран при лапароскопических операциях, сочетает в себе анатомически обоснованную выгоду и щадящую технику рассечения раны, уменьшает время операции. Продолжением развития вопроса об уменьшении травматизации троакарных ран на этапе их ушивания мы предлагаем нашу методику. На наш взгляд она имеет ряд положительных моментов: - позволяет сэкономить время при наложении швов на края мышц, апоневрозов, находящихся в глубине троакарной раны, особенно у пациентов с выраженной подкожной клетчаткой; - обеспечивает качественное сопоставление краев раны; - уменьшает травматизацию тканей при ушивании раны, так как исключает воздействие на неё других инструментов; - в некоторых ситуациях может быть использована для прошивания кровотока участка мышечных тканей. Методика: Игла-крючок со вставленной лигатурой вводится в рану под визуальным или мануальным контролем с последующим прокалыванием всех требующих ушивания тканей (начиная изнутри снаруж) стенки раны до выхода кончика иглы с лигатурой. Конец лигатуры захватывается и удерживается, а игла-крючок обратным движением извлекаем из тканей. Аналогичную манипуляцию выполняем и на противоположном краю раны. Завязываем узел. В зависимости от величины раны накладываем от 1 до 3-х швов. Вывод. Использование иглы-крючка совместно с предложенным ранее инструментом для расширения троакарных ран значительно снижает травматизацию тканей, что создает благоприятные условия для заживления ран, позволяет избежать осложнений, как во время операции, так и в послеоперационном периоде.

93.Способ обработки культи червеобразного отростка при лапароскопической аппендэктомии

Чугунов И.А., Воронов А.В., Сирота А.В., Чугунов Н.И.

Хабаровск

Институт повышения квалификации специалистов здравоохранения

Одним из методов эндоскопической аппендэктомии является лигатурный с использованием синтетических материалов (монофиламентных нитей). «Слабым звеном» этого метода является оставление культи отростка без погружения в купол слепой кишки. Обязательный этап при этой методике – обработка слизистой культи отростка для удаления находящихся в ней инфекционных агентов. В лапароскопии чаще используется химическая или термическая обработка. Мы являемся сторонниками термической обработки, как более радикальной и надежной. На опыте 274 лапароскопических аппендэктомий мы пришли к необходимости максимально сократить время этапа операции во время которого остается вскрытым просвет червеобразного отростка. Этого можно достигнуть уменьшением смен инструментов, используемых на данном этапе. Мы решили эту проблему, применив инструмент оригинальной конструкции, совмещающий в себе функции отсоса и монополярного электрода, имеющий тонкий рабочий конец (трубка диаметром 2мм). После пересечения брыжейки отростка и наложения двух лигатур на его основание в тех ситуациях, которые позволяют, производим опорожнение участка отростка в месте его предполагаемого пересечения путем «перемещения» содержимого в сторону верхушки с последующим наложением лигатуры или пережатием инструментом. Наш опыт показывает, что этот прием не всегда применим или эффективен, и даже после его применения в просвете отростка остается жидкое содержимое, которое при вскрытии просвета выдавливается наружу, загрязняя операционную область. Методика: После наложения лигатур на основание отростка накладываем зажим дистальнее, регулируя им величину культи и в дальнейшем используя его как держалку-манипулятор. Надсекаем ножницами стенку отростка до вскрытия его просвета и заменяем их на наш отсос-коагулятор. Тонкую рабочую часть его вводим через отверстие в просвет отростка и осушаем содержимое. Включаем режим «резание» и производим пересечение отростка на 2/3 его просвета, оставшийся участок стенки используем как «держалку» культи при последующей коагуляции слизистой. По завершению коагуляции слизистой, участок серозы, используемый как «держалка» отсекается коагулятором. С накоплением опыта вскрытия просвета отростка мы стали выполнять отсосом-коагулятором, что исключило смену инструмента на этом этапе. По данной методике было выполнено 177 аппендэктомий (69 по поводу острого аппендицита и 108 – хронического). Послеоперационный период во всех случаях протекал гладко. Среднее время операции составило 30 минут. В последние 13 лет послеоперационных осложнений, связанных с культей червеобразного отростка, мы не наблюдали. Вывод: Использование многофункционального инструмента позволяет выполнить качественную и безопасную коагуляцию слизистой культи отростка, снижает возможность инфицирования брюшной полости и создает условия для благоприятного послеоперационного периода.

94. Вариант использования эндопетли при лапароскопических операциях

Чугунов И.А., Воронов А.В., Сирота А.В., Чугунов Н.И.

Хабаровск

Институт усовершенствования специалистов здравоохранения

Существующие трудности экономического плана в приобретении сшивающих эндохирургических аппаратов и расходных материалов к ним, особенно в звене районных лечебных учреждений, заставили нас уделить внимание использованию в видеолапароскопии «лигатурного метода». Наиболее часто он применялся в неотложной хирургии (при аппендэктомии, холецистэктомии, перекруте жировых подвесок толстого кишечника) и в гинекологии (при удалении придатков матки). Основные лигатурные методики общеизвестны. Мы попробовали расширить возможности их применения, внося некоторые изменения в конструкцию инструмента, используемого для наложения эндопетель. Во-первых, у металлического тубуса инструмента мы сделали дистальные сменные головки на резьбе. Во-вторых, мы сделали боковое отверстие с пазом, в дистальном отделе тубуса, рядом со сменной головкой. Если используемый ранее инструмент имел максимум две петли (по одной на каждом конце лигатуры), и мог «перезарядиться» в ходе операции только через тубус, что иногда требовало использования специального проводника, то наличие сменных головок на резьбе, с заранее вставленными эндопетлями, позволяет, при необходимости, быстро произвести «перезарядку» инструмента в ходе операции. Наличие же отверстия в тубусе у рабочей головки позволяет выводить из него свободный конец лигатуры из тубуса для «наружного» проведения. Это позволяет быстро перезарядить инструмент петлями из любого материала. Наличие паза у отверстия на тубусе позволяет использовать инструмент для наложения временных или постоянных лигатур на трубчатые или тканевые образования, на которые нельзя наложить эндопетлю до их рассечения или клипировать из-за большого размера (диаметра). Мы пользовались этой методикой в 16 случаях: при остром холецистите – 6, при выделении червеобразного отростка и его брыжейки из спаек – 3, при удалении придатков матки (по разным показаниям) – 7. Во всех с положительным результатом. Методика: Свободный конец лигатуры, выходящий из отверстия сменной головки инструмента, с узлом на конце, проводится вокруг образования и фиксируется в тубусе инструмента путём вставления узла в паз отверстия. В дальнейшем вращательными движениями тубуса лигатура скручиваясь, сдавливает образование до необходимого размера, дающего возможность наложить клипсу на него или фиксировать скрутку лигатуры клипсой для возможности его пересечение между двумя лигатурами, с последующим укреплением культей образования наложением эндопетель. Использование для лигатур мононити (монофиламент 2-0) существенно облегчает вышеописанные действия. Вывод: Использование методики «скручивающейся лигатуры», при отсутствии сшивающих эндохирургических аппаратов, в некоторых случаях поможет избежать конверсии при лапароскопических операциях.

95. Применение видеолапароскопии при гинекологической патологии в условиях госпиталя

Пугачева И.М., Чугунов И.А., Дуркин В.С., Чугунова Н.И.

Хабаровск

6 военный госпиталь

Лапароскопия, как метод диагностики и лечения гинекологической патологии, применяется в госпитале с 1994 года. За это время выполнено 364 лапароскопических

исследования. Из них: 60 диагностических и 304 лечебных (83,5%). Исследований по экстренным показаниям было 102 чел. (28%). По возрасту, пациентки распределились: до 20 лет - 9, до 30 - 127, до 40 - 171, до 50 - 48, старше 50 – 8 женщин. Видеолапароскопия дает возможности за одно вмешательство выполнения операций на нескольких органах, чаще всего рядом располагающихся. Это очень актуально именно при гинекологической патологии. Из всех наших лапароскопий при 161 (44,2%) были одновременно выполнены сочетанные операции (у 52 пациентов – 3 и более), а при 42 – симультанные, т.е. у 11,5% пациентов операций были выполнены на 2-х и более органах брюшной полости и малого таза. Так мы за 364 видеолапароскопии выполнили на органах малого таза и брюшной полости 591 операций, из них по поводу гинекологической патологии – 533 (90,2%): Цистэктомий - 119, сальпингоэктомий - 78, резекций/удалений яичников -74, сальпингостомий -16, консервативных миомэктомий -21, разделений спаек малого таза - 41, биопсий органов малого таза - 40, коагуляций ран, эндометриоидных очагов - 34, хромосальпингоскопий - 50, стерилизаций - 6, фенестраций/демедуляций яичников - 13, диагностик патологии малого таза - 36, удалений инородных тел (ВМС) - 2, гидро(аэро)тубаций - 3. В симультанных операциях выполнено: аппендэктомий - 34, удаление гематомы малого таза - 1, другие (спайки бр.полости и др.) - 7. В 16 случаях при лапароскопии была исключена гинекологическая патология, у 12 пациенток диагностирован аппендицит (острый в 3-х случаях и хронический в 9), были прооперированы (соответственно 3 и 8), в 4 случаях – другая патология органов брюшной полости. По поводу подозрения на внематочную беременность было выполнено 48 лапароскопии, при которых в 35 случаях диагноз был подтвержден, и пациентки были прооперированы. 25 пациенткам лапароскопическое пособие оказывалось дважды(двум – трижды). Всего переход на лапаротомию был в 7 случаях (1,92%): в 2-х при внематочной беременности с продолжающимся кровотечением, в 1-м при попытке удаления эндометриоидной кисты левого яичника на фоне выраженного спаечного процесса. В 2-х случаях: при диагностике острого гнойного 2-х стороннего сальпингита на фоне спаечного процесса в малом тазу и диагностике гангренозно-перфоративного аппендицита сразу был осуществлен переход на лапаротомию. В 1-м случае при диагностике крупного субсерозного миоматозного узла с признаками нарушения питания и при диагностике муцинозной кистомы яичника. Релапароскопию нам пришлось выполнить в 3 случаях: для удаления инородных тел брюшной полости («ускользнувшего» дренажа и обломка инструмента) и при рецидиве кровотечения после коагуляции раны яичника при апоплексии. Вывод: Применение видеолапароскопии у пациентов с подозрением на гинекологическую патологию позволило не только ускорить и улучшить диагностику, но и одновременно выполнять лечебные манипуляции на нескольких органах малого таза и брюшной полости.

96. Поздно диагностированный спонтанный разрыв пищевода (клиническое наблюдение)

Столяров С.И.

Чебоксары

БУ "Республиканская клиническая больница"

Впервые спонтанный разрыв пищевода (СРП) описал в 1724 году голландский врач Герман Бурхаве. СРП является относительно редким заболеванием с высоким уровнем смертности. В мировой литературе к 1998 году описано всего около 300 наблюдений СРП. Вариабельность клинических проявлений, редкость данной патологии и связанные с этим неосведомленность многих врачей могут приводить к необоснованным оперативным вмешательствам, запоздалой диагностике СРП, неудовлетворительным результатам лечения. Общая смертность при СРП составляет от 25% до 85%. По литературным данным, если вмешательство отсрочено более чем на 24 часа, смертность возрастает на 50%, а оперативное вмешательство проведенное через 48 часов приводит к увеличению летальности до 90%. Привожу наблюдение из практики. Пациент П., 56 лет, после консультации в одной из городских больниц был доставлен в приемное отделение БУ «Республиканская клиническая больница» бригадой скорой помощи 28.06.2013 г. в 10:00 с диагнозом: Левосторонний пневмоторакс, эмпиема плевры. Пациент срочно госпитализирован в отделение реанимации и интенсивной терапии. При поступлении состояние крайне тяжелое, сознание оглушение. Кожа бледная, сухая, крепитация на шее, левой половины грудной стенки за счет эмфиземы мягких тканей. Левая половина грудной стенки отстаёт в дыхании. Число дыханий 38 в минуту. Справа дыхание везикулярное, слева практически не проводится. АД 80/60 мм рт.ст. на фоне внутривенного введения вазопрессоров. ЧСС 102 в минуту. Температура тела 35,8 0 С. Язык влажный. Живот участвует в дыхания, не вздут, при пальпации мягкий, безболезненный. В эпигастральной области по средней линии определяется послеоперационный рубец до 7 см без признаков воспаления. Слева на грудной стенке имеются две дренажные трубки (во втором межреберье по среднеключичной линии и в седьмом – по заднеаксиллярной линии) подсоединенные к банке Боброва. По дренажам выделяется мутный серо-грязного цвета жидкость. Произведена катетеризация мочевого пузыря, выделилось около 100 мл концентрированной мочи. Произведена обзорная рентгенография органов грудной клетки – картина левостороннего гидропневмоторакса, эмфиземы мягких тканей левой половины грудной клетки. Назначены инфузионная, антибактериальная, дезинтоксикационная терапия, гормоны, H₂ блокаторы. В виду нарастающей дыхательной недостаточности 28.06.2013 г. в 11:00 пациент экстренно заинтубирован и переведен на ИВЛ. Произведена фибробронхоскопия – признаки двустороннего катарального эндобронхита. Из анамнеза выяснено. Будучи в гостях у родственников в другом регионе злоупотреблял алкогольными напитками. 15.06.2013 г. был оперирован в экстренном порядке с подозрением на прободную язву желудка, была выполнена лапаротомия с использованием минидоступа, данных за перфорацию желудка не найдено. 16.06.2013 г. был выявлен левосторонний гнойный плеврит, левая плевральная полость дренирована в седьмом межреберье, антибактериальная терапия продолжена. 26.06.2013 г. при рентгенологическом исследовании легких выявлен левосторонний пневмоторакс, левая плевральная полость дополнительно дренирована во втором межреберье. По настоятельной просьбе пациента и его ближайших родственников 27.06.2013 г. пациент был выписан из стационара с улучшением с рекомендациями для лечения по месту жительства с диагнозом: Левосторонняя деструктивная пневмония, пиопневмоторакс слева. 28.06.2013 г. в 12:00 пациент проконсультирован торакальным хирургом, заподозрен спонтанный разрыв пищевода, осложненный левосторонней эмпиемой плевры, медиастинитом, сепсисом. 28.06.2013 г. в 12:30 выполнена диагностическая фиброэзофагогастроскопия. Выявлены признаки микозного эзофагита, данных за перфорацию пищевода не найдено. На фоне проводимой интенсивной терапии состояние прогрессивно ухудшалось и 28.06.2013 г. в 16:30 наступила смерть. При патологоанатомическом исследовании в левой плевральной полости обнаружена мутная жидкость в объеме до 300 мл, а также пищевые массы различной консистенции. На левой стенке нижней трети пищевода на 1 см выше пищеводного отверстия диафрагмы обнаружен сквозной дефект с мелкобахромчатыми краями размером 3x1,5 см.

Заключение. Представленное наблюдение демонстрирует трудности своевременной диагностики и лечения пациентов с СРП. Выживаемость больных с СРП зависит только от ранней диагностики и своевременного адекватного оперативного вмешательства.

97. Особенности течения и лечения пенетрирующих гастродуоденальных язв и их сочетаний с другими осложнениями

Дибиров М.Д., Халидов О.Х., Гаджимурадов В.К.

Москва

ГБОУ ВПО "Московский государственный медико-стоматологий университет им. А.И. Евдокимова" Министерства здравоохранения Российской Федерации

В последние годы наблюдается статистически достоверное повышение осложненных форм язвенной болезни двенадцатиперстной кишки. Целью является усовершенствование тактики комплексного лечения пенетрирующих гастродуоденальных язв в сочетании с другими осложнениями. Проведен анализ эффективности медикаментозной профилактики пенетрирующих гастродуоденальных язв, анализируя результаты диагностики и лечения 192 пациентов, находящихся на стационарном лечении в ГКБ№81 с 2007 года по 2015 год из 1360 пациентов, с хроническими язвами желудка и двенадцатиперстной кишки за данные года. На основании исследования установлено, что у 98 пациентов проходивших лечение с 2013 по 2015 гг, имело место пенетрирующие гастродуоденальные язвы с сочетанием осложнений, такие как перфорация, стеноз, кровотечение. У 94 пациентов находившихся на лечении с 2007 по 2012 гг, подобных осложнений наблюдалось меньше. Так например с 2013 г такие осложнения как одновременно пенетрирующая гастродуоденальная язва, в сочетании со стенозом осложненная кровотечением и перфорацией наблюдалась у 3 пациентов (3,1%), пенетрирующая гастродуоденальная язва в сочетании с кровотечением и перфорацией у 3 пациентов (3,1%), пенетрирующая язва в сочетании с кровотечением и стенозом у 6 пациентов (6,1%), пенетрирующая гастродуоденальная язва в сочетании с перфорацией у 7 пациентов (7,1%), пенетрирующая гастродуоденальная язва в сочетании со стенозом у 27 пациентов (27,6%), в сочетании с кровотечением пенетрирующая язва желудка и двенадцатиперстной кишки у 14 пациентов (14,3%). По сравнению с 2007-2012 годами, такие осложнения как одновременно пенетрирующая гастродуоденальная язва, в сочетании со стенозом осложненная кровотечением и перфорацией наблюдалась у 1 пациента (1,1%), пенетрирующая гастродуоденальная язва в сочетании с кровотечением и перфорацией у 2 пациентов (2,1%), пенетрирующая язва в сочетании с кровотечением и стенозом у 5 пациентов (5,3%), пенетрирующая гастродуоденальная язва в сочетании с перфорацией у 5 пациентов (5,3%), пенетрирующая гастродуоденальная язва в сочетании со стенозом у 23 пациентов (24,5%), в сочетании с кровотечением пенетрирующая язва желудка и двенадцатиперстной кишки у 12 пациентов (12,8%). Соотношения мужчин к женщинам 4,5:3, за наблюдения в течении 8 лет существенно не изменилось. Однако отмечено увеличение процента пациентов в возрасте 45-65 лет до 54,3% с 2013 года по 2015, по сравнению с 2007 по 2012 гг 46,4%. Язвенный анамнез от 1 до 3 лет в 7% , от 3-х до 5 лет в 20%, более 5 лет около 60%, не диагностированная ранее в 13 % случаев с 2007 по 2012 года. С 2013 по 2015 года язвенный анамнез от 1 до 3 лет в 5% , от 3-х до 5 лет в 17%,

более 5 лет около 69%, не диагностированная ранее в 7,3 %. Результаты и обсуждение. Отмечено снижение не диагностированных случаев пенетрирующих язв желудка и двенадцатиперстной кишки, однако у лиц ранее диагностированных язвенную болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки выявлено большее количество сочетанных осложнений и повышение процента летальных исходов с 9% в 2007-2012 г до 12% в 2013-2015г. Выводы. 1. В последние годы отмечается увеличение количества больных с пенетрирующей хронической язвой желудка и двенадцатиперстной кишки на 3,5%. При этом, рост этого показателя в значительной мере обусловлен увеличением числа пациентов с сочетанными осложнениями гастродуоденальной язвы (на 10,1%), одним из которых является пенетрация. На 3,8% чаще встречаются наиболее тяжёлые случаи множественных (три и более) осложнений язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки. 2. Более активная хирургическая тактика при пенетрирующей язве гастродуоденальной зоны даёт возможность расширить показания к плановому оперативному лечению у этой группы больных с целью профилактики возможных сочетанных осложнений и снижению летального исхода заболевания.

98. Сравнительная оценка развития осложнений у больных оперированных по поводу ЖКБ с холедохолитиазом после дренирования холедоха.

Золотарь В.Г., Дегтярев В.В.

Санкт-Петербург

ФГБВОУВО «Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова» МО РФ, СПб ГБУЗ «Городская Больница №15»

В настоящее время желчнокаменная болезнь является одним из самых распространенных заболеваний. В год в России выполняется около 150 - 170 тысяч операций по поводу ЖКБ в неотложном, отсроченном и плановом порядке. При этом, холедохолитиаз выявляется у 15-33% больных, нередко сопровождаясь холангитом (18%), механической желтухой – 65%, билиарным панкреатитом – 8 %. По данным зарубежной и отечественной литературы удаление дренажа холедоха рекомендовано на 18-21 сутки. В ходе ведения больных с осложненными формами ЖКБ, нами отмечено развитие ряда осложнений в раннем и позднем послеоперационном периоде, связанных с дренированием холедоха (желчный перитонит, желчный затек, болевой синдром). Нами выполнен ретро- и проспективный анализ лечения ЖКБ осложненной холедохолитиазом, на базе СПб ГБУЗ Городская Больница №15 (клиническая база кафедры Военно-Полевой Хирургии) с 2014 по 2016гг. Всего с данной патологией было прооперировано 113 пациентов. Из них открытым доступом выполнено 27 (24%) операций, когда выполнялась холедохотомия с дренированием общего желчного протока Т-дренажем (по Керру). У 65 (58%) операция выполнена малоинвазивно с дренированием холедоха по Холстеду-Пиковскому. У оставшихся – 21 (18%) осуществлялась ЛХЭ в отсроченном порядке после папиллосфинктеротомии с литоэкстракцией. Сравнительному анализу подверглись две группы пациентов. В первой – 50 (54%) дренаж удалялся в в раннем (рекомендованные) сроки – на 18-21 сутки. Во второй – (46%) после 30-35 суток. При этом, больные, как правило, лечились амбулаторно, с последующей краткосрочной госпитализацией. В обоих случаях послеоперационный период у большинства пациентов протекал без осложнений.

Однако в группе с ранними сроками удаления дренажа, у 5 (10%) человек, в ближайшие сутки отмечена клиника желчного перитонита, потребовавшая санационной релапароскопии (3 случаев) и релапаротомии (2 случая). У 23 (46%) человек наблюдался выраженный болевой синдром, потребовавший дополнительной медикаментозной терапии в течении нескольких суток, 1 (2%) из которых оперирован спустя месяц по поводу сформировавшегося желчного затека. Во второй сравнительной группе в значительно меньшем количестве случаев – 12 (28%) человек, отмечался непродолжительный болевой синдром, не повлиявший на сроки госпитализации. Таким образом, с целью предотвращения указанных осложнений, удаление дренажа холедоха целесообразно выполнять после 30-35 суток. При этом, риск развития желчных затеков может быть снижен, в случае сохранения контрольного подпеченочного дренажа на сутки после билиарного.

99. Первые результаты лапароскопических операций при травме живота.

Берсенев А.А. (1), Чернявский С.С. (1), Чеботов А.А. (1), Баранов А.И. (2), Фаев А.А. (2), Лебедев Р.Е.(3)

Новокузнецк

1) ГБУЗ КО «НГКБ №29, 2) НГИУВ — филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, 3) ООО МТЦ «Магнессия» - Кемерово

Актуальность. В настоящее время абдоминальная травма занимает одно из ведущих мест, в структуре травм различных систем организма. Способствуют этому следующие факторы: ДТП, криминализация общества, террористические акты, ухудшение социальных условий, суицидальные действия. Летальность при абдоминальной травме составляет 7 – 70% в зависимости от поврежденных органов брюшной полости. Послеоперационные осложнения наблюдаются у 12 – 90% пациентов. Основным способом оперативного лечения травм живота в настоящее время является лапаротомия, но данный способ отличается высокой травматичностью доступа. Данные о лапароскопическом методе лечения травм живота носят единичные публикации. В связи с этим, поиск и совершенствование способов доступа в брюшную полость при абдоминальной травме и адекватной ревизии органов брюшной полости остаются востребованными и актуальными задачами. Цель. Совершенствование хирургического лечения при абдоминальной травме живота путем использования эндоскопических технологий. Материалы и методы. В ГБУЗ КО «НГКБ №29» прооперировано 6 пациентов. Мужчин было 3, женщин 3. Возраст от 23 до 48 лет. С закрытой травмой живота 4 человека, проникающее ножевое ранение 2 человека. При поступлении в стационар всем пациентам производились стандартные диагностические мероприятия, включающие в себя: клиническое исследование крови, мочи, биохимическое исследование крови, обзорную рентгенографию органов грудной и брюшной полости, УЗИ органов брюшной полости, ЭКГ. Во всех случаях оперативное лечение начинали с обзорной лапароскопии. В зависимости от интраоперационных находок, принимали решение о возможности закончить операцию лапароскопически или мануально-ассистированно: при помощи установки порта для ручного ассистирования Dextrus компании Ethicon в рану минидоступа, включающего раневой ретрактор и крышку с диафрагмой для введения руки

хирурга, обеспечивающего герметичность брюшной полости и защиту краев раны. Результаты и их обсуждение. При лапароскопической ревизии брюшной полости в 2 случаях (33.2%) выявлено повреждение селезенки, ранения тонкой кишки выявлено у 1 пациента (16.7%), в 1 наблюдении (16.7%) выявлен разрыв печени, у 1 пациента (16.7%) повреждение печени и желчного пузыря, и у 1 пострадавшего (16.7%) констатирован разрыв брыжейки тонкой кишки с некрозом участка последней. В 3 случаях (50%) операция произведена полностью лапароскопическим способом, у 1 пациента (16.7%) выполнена лапароскопически ассистированная операция и в 2 наблюдениях (33.3%) – операция лапароскопически мануально-ассистированная. Выполнено 2 спленэктомии, одна из них лапароскопически мануально-ассистированно, 1 остановка кровотечения коагуляцией из раны печени, 1 лапароскопически ассистированное наложение энтеро-энтеро анастомоза из мини-доступа, 1 лапароскопически мануально-ассистированная ревизия органов брюшной полости, ушивание ранений тонкой кишки, 1 остановка кровотечения коагуляцией из раны печени, лапароскопическая холецистэктомия. Продолжительность операции составляла от 30 до 90 (63.6) минут. Длина мини-доступа во всех случаях не превышала 8 см. Послеоперационных осложнений, повторных операций, летальных случаев не было. Обезболивание проводилось ненаркотическими анальгетиками. Средняя продолжительность пребывания в стационаре составила 5.5 (4-7) суток. Выводы: 1. Лапароскопические операции при абдоминальной травме, при строгом соблюдении показаний к применению, являются адекватной и малотравматичной заменой лапаротомии. 2. Способ мануально-ассистированной лапароскопии позволяет использовать мануальные навыки хирурга для упрощения ревизии и лечебных воздействий на органах брюшной полости с хорошей визуализацией и малой травматичностью присущей лапароскопическому доступу.

100. Клинико-экспериментальное обоснование использования плазмы, обогащенной тромбоцитами для профилактики несостоятельности толстокишечного анастомоза

Плешко Е.Н.

Кишинеv

Медицинский государственный университет имени “Николая Тестемицану”

Введение: Несостоятельность кишечного анастомоза является весьма серьезным осложнением в современной колоректальной хирургии. По данным мировой литературы частота развития этого осложнения колеблется в широких пределах от 3.3% до 25.1% и сопровождается значительным увеличением послеоперационной летальности. В настоящее время ведутся многочисленные клинико-экспериментальные исследования, направленные на разработку различных методов локальной защиты кишечного анастомоза. В регенераторной медицине наметилась тенденция по использованию плазмы, обогащенной тромбоцитами. Этот регенераторный потенциал объясняется высвобождением различных факторов роста. Однако, в настоящее время, использование плазмы, обогащенной тромбоцитами в колоректальной хирургии не изучено. Целью исследования является клинико-экспериментальное изучение эффективности применения плазмы, обогащенной тромбоцитами для защиты толстокишечного анастомоза. Материал и методы: Экспериментальное исследование - 42 животных (крысы) были разделены на 2

группы: I группа (n=21) – животным был наложен толстокишечный анастомоз без использования методов локальной защиты; II группа (n=21) - животным был наложен толстокишечный анастомоз в комбинации с плазмой, обогащенной тромбоцитами. Для наложения анастомоза, в качестве шовного материала был использован полипропилен 5/0. Анестезия осуществлялась посредством интра-перитонеального введения раствора кетамина гидрохлорида. Клиническое исследование включало в себя 37 пациентов, которым был выполнен толстокишечный анастомоз. Пациенты были разделены на 2 группы: I группа (n=16) - пациентам был наложен толстокишечный анастомоз без использования методов локальной защиты; II группа (n=21) - был наложен толстокишечный анастомоз с локальным применением плазмы, обогащенной тромбоцитами. Для наложения анастомоза, в качестве шовного материала был использован – для внутреннего слоя полидиаксанон 3/0-4/0, для наружного - полипропилен 3/0. У пациентов I группы были выполнены – правосторонняя гемиколэктомия – 7 случаев, закрытие илеостомы с наложением илеотрансверсанастомоза – 4 случая, закрытие колостомы с наложением десцендосигмоанастомоза – 3 случая, резекция повздошной кишки с наложением илео-колоанастомоза 1 случай и в 1 случае – обходной илео-сигмоанастомоз. У пациентов II группы были выполнены – резекция толстого кишечника – 4 случая, правосторонняя гемиколэктомия – 6 случаев, левосторонняя гемиколэктомия – 4 случая, субтотальная колэктомия – 2 случая, закрытие илеостомы с наложением илеотрансверсанастомоза – 4 случая, передняя резекция прямой кишки - 1 случай. Результаты: Морфологическое исследование анастомоза продемонстрировало стимулирующее воздействие плазмы, обогащенной тромбоцитами на регенераторные процессы, особенно на ангиогенез и фибрилогенез ($p < 0,05$), и соответственно, на заживление кишечного анастомоза. Использование плазмы, обогащенной тромбоцитами оказывает несущественное влияние (статистически недостоверное) на развитие спаечного интра-абдоминального процесса и приводит к увеличению механической прочности анастомоза, определенной посредством пневмопрессии ($p = 0.0286$). Исходя из данных клинического исследования, частота возникновения несостоятельности кишечного анастомоза составила 5 (31.2%) случаев в I группе, по сравнению с отсутствием данного осложнения во II группе ($p = 0.01$). Обсуждения: Несмотря на достижения современной колоректальной хирургии несостоятельность кишечного анастомоза является одним из наиболее грозных осложнений послеоперационного периода. К сожалению, в настоящее время, частота развития несостоятельности анастомоза остается высокой. Выводы: Использование плазмы, обогащенной тромбоцитами оказывает положительное влияние на процесс регенерации зоны анастомоза, повышает его механическую прочность и существенно не влияет на развитие спаечного процесса. Таким образом, использование плазмы, обогащенной тромбоцитами для защиты кишечного анастомоза значительно улучшает послеоперационные результаты.

101.Изменения в печени при панкреонекрозе

Дибиров М.Д.(1), Косаченко М.В.(1), Эльдерханов М.М.(1), Атаев Т.А. (2)

1) Москва, 2) Махачкала

1) МГМСУ им. А.И. Евдокимова 2) РКБ ЦСЭМП

Проведен анализ материалов вскрытия 64 пациентов, умерших от острого эндотоксикоза. Практически во всех случаях обнаруживается порто-портальный и порто-центральный склероз, в ряде случаев цирроз печени. Дегенеративные изменения представлены крупно- и мелкокапельным ожирением гепатоцитов, а также централобулярными некрозами, генез которых, обусловлен как воздействием эндотоксинов на паренхиму печени, так и тромбозом в микроциркуляторном русле портальной системы имеющие место при остром тяжелом эндотоксикозе. Вторую группу- 16 пациентов, составили больные причиной развития острого деструктивного панкреатита, у которых явились погрешности в диете у 8 больных, ожирение у 6 больных, атеросклеротическое поражение сосудов гепатопанкреатобилиарной зоны у 2-х больных. В группе больных с острым деструктивным панкреатитом развившимся на фоне погрешностей в диете, на фоне атеросклеротического поражения сосудов гепатопанкреатобилиарной зоны и ожирение, преобладали пациенты старшей возрастной группы, у большинства из которых имела место хроническая недостаточность кровообращения, проявлением которой является «мускутная печень». Третью группу- 10 пациентов составили больные с билиарнозависимым острым деструктивным панкреатитом. Макроскопические изменения печени у больных с патологическими изменениями билиарного тракта, помимо одного случая билиарного цирроза печени, носили менее выраженный характер, чем у больных с хронической алкогольной интоксикацией. В 6 случаях отмечали жировую инфильтрацию печени без гепатомегалии и в 3-х случаях печень была не изменена. Желчнокаменная болезнь большинства пациентов не проходит бесследно для печени. У больных формируется порто-портальный и порто-центральный склероз. Наиболее выраженные патологические изменения в печени наблюдались у больных при сочетании ЖКБ с поражением внепеченочных желчных путей, ожирением. У этих больных помимо явлений склероза, обнаруживались воспалительные изменения в печени. У всех больных этой группы отмечались явления печеночной недостаточности. Проведенные исследования свидетельствуют о наличии тяжелых патологических процессов протекающих в паренхиме печени у больных с острым деструктивным панкреатитом. Причиной этих изменений является поражение печени алкогольной интоксикации и патологии билиарного тракта, так и непосредственным воздействием эндотоксинов на гепатоциты, а также тромбозом в микроциркуляторном русле портальной системы.

102. Комплексное лечение билиарного панкреатита

Дибиров М.Д.(1), Косаченко М.В.(1), Атаев Т.А.(2)

1) Москва 2) Махачкала

1) МГМСУ им. А.И. Евдокимова 2) РКБ ЦСЭМП

Острый деструктивный панкреатит является одной из актуальных и тяжелых проблем абдоминальной хирургии. Летальность при тяжелых формах панкреонекроза составляет 20-30 % и не имеет существенной тенденции к снижению (Багненко С.Ф., Гольцов В.Р. 2008; Савельев В.С., Филимонов Л.И., Бурневич С.З., 2008). В структуре этиологии панкреонекроза билиарный панкреатит составляет 20 - 30 % (Иванов Ю.В. и соавт. 2005, Ермолов А.С. и соавт., 2005г.). При лечении билиарного панкреонекроза необходимо проводить эффективную патогенетически обоснованную комплексную терапию

направленную на профилактику и купирование острого воспалительного процесса в поджелудочной железе и парапанкреатической клетчатке, детоксикацию и профилактику инфицирования. При билиарном панкреатите дополнительно необходимо провести современную декомпрессию и санацию билиарного тракта. Цель: Снижение летальности путем профилактики органических и полиорганочных дисфункций при билиарном панкреатите. Материалы и методы. Проведен анализ диагностики и лечения у 176 больных с билиарным панкреонекрозом, что составило 18 % от общего количества больных с панкреонекрозом. Больные разделены на 2 группы. В первую (основная) группу (n=108) вошли пациенты, которым проведены миниинвазивные вмешательства для дренирования жидкостных образований в сальниковой сумке, брюшной полости и забрюшинной клетчатке, дренирование и стентирование билиарного тракта и главного панкреатического протока, кроме того, вводили большие дозы октреотида 600 и 1200 мкг/с для быстрого и эффективного подавления ферментативной активности панкреатоцитов. Второй (контрольной) группе (n = 68) проводилась стандартная терапия панкреонекроза с выполнением миниинвазивных вмешательств при жидкостных скоплениях в сальниковой сумке, брюшной полости и забрюшинной клетчатке без санации желчных путей и главного панкреатического протока на фоне введения 300мкг/с октреотида. Больные пожилого и старческого возраста составили 49 %, женщин было - 107 (61 %), мужчин - 69 (39 %). Анализ поступлений в стационар по годам показал, неуклонный рост больных с билиарным панкреатитом. Так, если 2008 г. поступили 22 больных, то в 2016 г. 69, т.е. в 3 раза больше. Это связано во-первых с увеличением количества больных с желчно - каменной болезнью и ее осложнений, во-вторых улучшением диагностики (современные УЗ- аппараты, КТ и МРТ с болюсным усилением). В первые сутки от начала заболевания поступили только 30 % больных. Длительно страдали ЖКБ 82%, у 18 % ЖКБ была выявлена впервые. Из особенностей клинических симптомов отмечены: локализация сильных болей в эпигастрии и в правом подреберье у 68 %, высокий лейкоцитоз – 63%, гипербилирубинемия – 69%, цитолитический синдром – 72 %, расширение билиарной сети – 70%, острый холецистит – 38%. У всех больных при УЗИ, КТ, МРТ выявлена ЖКБ: холецистолитиаз – 82%, холецисто - холедохолитиаз - 36 %, холедохолитиаз - 12 %, дуоденостаз – 32%. При поступлении состояние по АРАСНЕ - II было расценено, как легкое (7-9б) 27 %; средней тяжести (10-15б) - 30 %, тяжелая (16-20б) - 27 %, крайне тяжелая (? 21б) - 16 %. В алгоритм диагностики также входили: определение амилазы, прокальцитонина, уровня С-реактивного белка, ЭГДС с оценкой 12 перстной кишки и большого дуоденального сосочка, изучение центральной и периферической гемодинамики, гемокоагуляции, иммунореактивности, степени эндотоксикоза, состояние кишечника и дыхательной системы. По данным КТ мелкоочаговый панкреонекроз выявлен у 58 %, крупноочаговый - 22 %, распространенный (субтотальный или тотальный) - 20 %. С наступившим инфицированием амбулаторно поступило (31 %). Отмечено частое развитие острого панкреатита при длительном (более 10 лет) хроническом течении ЖКБ (52 %). У больных (176) с ферментативным перитонитом и ограниченными скоплениями жидкости выполнялись малоинвазивные вмешательства (лапароскопические санации (n=134) и дренирования под УЗ – контролем (36). В основной группе миниинвазивная холецистостомия наложена 28, срочная холецистэктомия выполнена – 12(11%), РХПГ + ЭПСТ + литэкстракция 48, стентирование холедоха – 18, стентирование главного панкреатического протока – 64. При среднетяжелом и тяжелом панкреатите вводились по 600 и 1200 мкг/с в/в с профилактикой и лечением синдрома кишечной недостаточности путем раннего назо-энтерального лаважа, органических и полиорганочных дисфункций. Для детоксикации при билиарном панкреонекрозе при тяжести по АРАСНЕ -2 >15-16б у 37 % (16%) выполнены экстракорпоральные методы детоксикации: длительная вено-венозная гемофильтрация или плазмаферез. Из 122 больных поступивших со стерильным билиарным панкреатитом умерло - 12 (10 %) от полиорганочной недостаточности. В

клинике инфицирование наступило у 39 (32 %). В основной группе - 18 %, контрольной - 28 %. Оперативные вмешательства из 39 больных выполнены у 36 (92 %), Умерло 7 из 36 (19 %). Кроме того, оперированы все 54 пациента, первично поступившие с инфицированием. Умерло 12 (22 %). В итоге из 176 больных всего умерло 24 (14 %). В основной группе 10 % из 108, контрольной - 19 % из 68. Таким образом, билиарный панкреонекроз является сложной хирургической проблемой, при лечении которой необходим комплексный подход в профилактике, лечении панкреатогенной, гепатобилиарной патологии, органной и полиорганной дисфункций.

103.ХОЛЕЦИСТОСТОМИЯ В ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО ХОЛЕЦИСТИТА ПРИ БИЛИАРНОМ ПАНКРЕАТИТЕ

Дибиров М.Д.(1), Эльдерханов М.М. (1), Ашимова А.А. (2), Атаев Т.А.№ 6,7

1.)Москва

1) МГМСУ им. А.И. Евдокимова, 2) РКБ, ЦСЭМП,

В течении 10 лет в клинике находилось на лечении 10258 больных с острым холециститом и билиарным панкреатитом. Из них оперировано 72% - 7385 больных. У больных с крайне высоким риском холецистэктомии и билиарным панкреатитом у 450 (6%) была наложена холецистостома, как I этап лечения острого холецистита для быстрого купирования воспалительного процесса, билиарной декомпрессии, стабилизации состояния и подготовки к выполнению II этапа – холецистэктомии или плановым санациям при панкреонекрозе. Из 450 больных 422 (94%) были старше 70 лет и у них была тяжёлая полиморбидность с декомпенсацией функции жизненно важных органов и систем. Из 450 - пункционная холецистостомия под УЗИ наведением выполнена у 282 (63%), лапароскопически – 98 (22%) и у 70 (15%) – холецистостома под местной анестезией через мини-доступ. У 412 больных, холецистостома хорошо функционировала и по ней выделялось 500-700 мл желчи в сутки. У 38 больных, несмотря на промывание желчного пузыря декомпрессия была неэффективной, из-за наличия обтурации камнем пузырного протока. Этим больным пришлось выполнить холецистэктомию на 2-3-е сутки по срочным показаниям. Наряду с общей антибиотикотерапией фторхинолонами, цефалоспорины II-III поколения и карбопенемами, противферментной терапией проводились ежедневные 2-3 разовые промывания желчного пузыря 0,02% раствором хлоргексидина или раствором диоксида. При этом через 3-е суток количество микробной обсемененности желчи уменьшилось в 3 раза и у 82% больных отмечено улучшение. Из 412 больных хороший эффект от холецистэктомии достигнут у 297 (72%), удовлетворительный 115 (28%). После стихания острых воспалительных явлений и относительной стабилизации состояния из 412 больных через 2-3 недели холецистэктомия без выписки из стационара выполнена 336 (81%), умерло 19 (5,6%), остальные – 76 (19%) были выписаны на амбулаторное наблюдение до стабилизации состояния с функционирующей холецистостомой. Из них в стационар через 3 – 6 месяцев вернулись 26 (34%), которые были оперированы, умер 1 (3,8%), остальные 40 (66%) отказались от оперативного лечения. При билиарном панкреатите с дренированием желчных путей летальность составила 12%, без дренирования желчных путей- 17%. Осложнения после холецистэктомии отмечены у 33 (8%): желчеистечение в брюшную полость – 12,

закупорка дрен. а ной трубки – 6, нагноение вокруг дренажа – 5, выпадение – 10. Статистически достоверных различий и преимуществ от вида наложения холецистостомы не отмечено. Таким образом, технически правильно выполненная холецистостомия у больных с острым холециститом при высоком риске и билиарным панкреатитом является эффективным методом, позволяющим спасти больных в остром периоде, провести санацию желчных путей, выполнить холецистэктомия и санации парапанкреатической клетчатки в более благоприятной ситуации.

104. Результаты применения компрессионного шва с помощью никелид титановых колец для кишечных анастомозов в условиях перитонита

М.Д.Дибиров, Исаев А.И., Чупалов М.О., Карсотьян Г.С.

Москва

МГМСУ им. А.И. Евдокимова

Проблема создания кишечного анастомоза в абдоминальной хирургии несмотря на многолетнюю историю актуальна и в настоящее время. Техника выполнения однорядного и двухрядного анастомозов хорошо отработана и является основной в течение многих лет (Савельев В.С., 2006, Черноусов А.Ф., 2005 г). Появляющиеся несколько лет назад исследования выявили недостатки данных методик, заключающиеся в увеличении площади ишемии кишечной стенки в области шва, большей зоне некроза, выраженного воспалительного вала, заживление анастомоза по типу вторичного в условиях перитонита. Наряду с этим последние 5-7 лет появляются работы о целесообразности использования компрессионного анастомоза полых органов как наиболее прочного слоя кишечной стенки. Проведенные рандомизированные исследования в литературе не выявили преимуществ двухрядного и однорядного анастомоза перед компрессионным анастомозом, при этом частота несостоятельности анастомоза была в 2 раза меньше при выполнении компрессионного шва анастомоза с помощью никелид титановых колец с памятью. Традиционный лигатурный узловый шов не обеспечивает полноценного соединения тканей в условиях нарушенного кровообращения и сниженных репаративных процессов. Использование же механического аппаратного шва при резекции кишки незначительно снизило количество осложнений, связанных непосредственно с качеством шва, но в целом, на показатели летальности ощутимого влияния не оказало (А. Г. Мартусевич, 2008;). Компрессионный шов явился качественно новым способом соединения тканей в хирургии желудочно-кишечного тракта. Он лишен недостатков, присущих двум вышеперечисленным способам (О. А. Молокова, 2009). Применение компрессионного шва более чем в два раза уменьшило число несостоятельности швов анастомозов, формируемых на различных участках ЖКТ. Положительные качества компрессионного шва делают перспективным его использование в неотложной хирургии органов брюшной полости (В. В. Плотников и соавт., 2007). Перспективным способом улучшения результатов резекции кишки с точки зрения профилактики несостоятельности анастомозов является формирование анастомозов сформированных устройствами из никелид титана. ЦЕЛЬ РАБОТЫ Оценить результаты применения компрессионного шва с помощью никелид титановых колец при создании кишечных анастомозов в условиях распространенного перитонита. МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ Клинический материал работы

представляет анализ хирургического лечения 90 больных (90 пациентам была выполнена неотложная резекция кишечника с различными способами завершения вмешательства, из них у 56 - выполнена резекция тонкой кишки, у 34 резекции толстой кишки. Пациенты в зависимости от способа завершения резекции кишки включены в основные и контрольные группы. Таким образом, было сформировано группы (90 больных). Из них 45 больным основная группа. В них вошли больные в зависимости от способа формирования межкишечного соустья после резекции тонкой и толстой кишки. Больным которым сформирован компрессионный анастомоз никелид- титановым устройством овальной формы с первичной проходимостью (так называемый первичный компрессионный анастомоз). Для сравнения результатов операций сформирована контрольная группа. В нее вошли больные в зависимости от способа формирования межкишечного соустья после резекции тонкой и толстой кишки, которым была произведена резекция тонкой и толстой кишок с формированием межкишечного анастомоза однорядным или двухрядным швом. Наиболее частым показанием к неотложной резекции кишки в основной и контрольной группах были некроз тонкой кишки и межкишечные анастомозы при опухолях кишечника — 54 пациента, ущемленная грыжа - 18 наблюдений, странгуляционная спаечная кишечная непроходимость — 16, мезентериальный тромбоз -2. Предоперационное обследование пациентов включало общий анализ крови и мочи, анализ крови на RW, биохимический анализ крови с определением уровня общего белка и ионов, определение группы крови и резус-фактора, обзорную рентгенографию брюшной полости, при необходимости проводился одно- или двукратный рентген-контроль пассажа взвеси сульфата бария, ультразвуковое сканирование органов брюшной полости, электрокардиографию. При проведении операций у пациентов обеих групп применялась тотальная многокомпонентная анестезия (Total intravenousum anesthesia TIVA), режим полной искусственной вентиляции легких (в режиме контроля CMV). В качестве оперативного доступа, использовалась средне- срединная лапаротомия, которую при необходимости расширяли вверх или вниз. Резекцию кишечника выполняли по общепринятым правилам с особенностями, зависящими как от самой патологии, так и от удаляемого отдела. В послеоперационном периоде для определения положения компрессионного устройства на 3, 7 и 9 сутки выполняли обзорную рентгенографию брюшной полости. Эти сроки являются традиционными при исследовании миграции компрессионного устройства. Анастомоз исследовали через 9-12 суток после операции, а также непосредственного перед восстановительными вмешательствами в условиях эндоскопического отделения. Разницу между группами считали достоверной если $p < 0,05$, где p - % ошибок. Для изучения статистической взаимосвязи признаков использовали параметрический Пирсона. РЕЗУЛЬТАТЫ В исследуемых группах проведены следующие виды оперативных вмешательств с выполнением межкишечных анастомозов. Таблица №1.

Патологии при которой выполнялась неотложная резекция тонкой и толстой кишки в основной и контрольной группах.	Основная группа	Контрольная группа
Ущемленная грыжа	10	9
Странгуляционная кишечная непроходимость	16	17
Проникающее ранение брюшной полости	1	1
Обтурационная кишечная непроходимость	6	7
Спаечная тонкокишечная непроходимость	7	5
Мезентериальный тромбоз	2	4
Перфорация тонкой кишки	2	1
Несостоятельность ранее наложенного межкишечного анастомоза	1	1
Всего	45	45

Осложнения со стороны анастомоза в виде его несостоятельности развились у 7 больных контрольной группе из них умерло трое пациентов. Причиной смерти одного пациента явился септический шок, у двух пациентов тромбоз эмболия легочной артерии. В обеих группах больные анастомоз часто формировали в условиях распространенного перитонита - 24. В послеоперационном периоде несостоятельность компрессионного анастомоза сформированного в условиях распространенного перитонита произошла у 1 пациента. Несостоятельность соустьев была диагностирована на основании клинической картины вялотекущего перитонита. У этого больного с развившейся несостоятельностью межкишечного соустья была выполнена

релапаротомия и интраоперационно было обнаружено несостоятельность в лигатурной части анастомоза. В результате анализа причин и обстоятельств развития несостоятельности анастомозов сформированных при помощи никелидотитановых имплантатов при неотложной резекции кишки, сделан вывод о том, что недостаточность развивается в лигатурной порции соустья. Следовательно, речь необходимо вести все же о несостоятельности лигатурного шва. Исследование показало, что 10% приходящиеся на лигатурную часть анастомоза остаются фактором риска развития несостоятельности при всем преимуществе методики анастомозирования овальным двухвитковым компрессионным устройством основанной на данном исследований. **ВЫВОДЫ.** 1. Применение компрессионного межкишечного анастомоза у больных ургентной абдоминальной хирургической патологией удалось снизить несостоятельности межкишечного анастомоза в три раза. 2. В подавляющем большинстве случаев применение компрессионного межкишечного анастомоза с помощью никелидтитановых колец в условиях распространенного перитонита оправдано.

105.Профилактика избыточного спайкообразования в брюшной полости на фоне антиоксидантной терапии в послеоперационном периоде

Бадасян А.Н., Олифирова О.С.

Благовещенск

ФГБОУ ВО Амурская ГМА

Несмотря на многочисленные экспериментальные и клинические исследования в настоящее время, спаечная болезнь и ее осложнения в виде ОСКН остаются актуальной проблемой в хирургии. Целью исследования явилось изучения эффективности использования в послеоперационном периоде после лапаротомии у пациентов предрасположенных к спайкообразованию отечественного препарата мексидола, при внутривенном применении. Задачей данного этапа исследования явилось провести сравнительную оценку антиадгезивной эффективности мексидола в профилактике спайкообразования у больных в послеоперационном периоде. Материалы и методы Клинический материал основан на проспективном рандомизированном исследовании 40 больных, получавших лечение в хирургических отделениях 2-го корпуса ГАУЗ АО БГКБ с 2009-2015 гг. Всем больным оперативное вмешательство проводилось в плановом порядке и включало в качестве одного из этапов лапаротомию. Проведен анализ результатов лечения между пациентами 1-й группы (n = 20), получавших в послеоперационном периоде 5% мексидол 10 мг/кг, контрольной 2-й группой (n = 20) . Всем пациентам проводилось герниопластика послеоперационных, вентральных грыж. Группа 1 – контрольная (n = 20). Больным проводилась герниопластика по поводу послеоперационной вентральной грыжи. В послеоперационном периоде специальной профилактики избыточного спайкообразования в брюшной полости не проводилось. Группа 2 (n = 20) включала пациентов, которым осуществлялась герниопластика по поводу послеоперационной вентральной грыжи, а в послеоперационном периоде с целью профилактики избыточного спайкообразования в брюшной полости в течение 7 дней послеоперационного периода вводили внутривенно 5% мексидол 10 мг/кг. В послеоперационном периоде все больные получали анальгетики, проводились ежедневные

перевязки. Раны у всех пациентов зажили первичным натяжением. Все больные были выписаны на 9-11 сутки из стационара в удовлетворительном состоянии на амбулаторное наблюдение. У больных во всех группах, в брюшной полости при герниолапаротомии отмечались внутрибрюшинные спаечные сращения. Для оценки спайкообразования в брюшной полости в раннем послеоперационном периоде были использованы метод определения оксипролина в суточной моче, УЗИ с оценкой подвижности петель тонкой кишки относительно париетальной брюшины и оценка качества жизни в послеоперационном периоде с помощью опросника SF 36. При изучении показателей экскреции оксипролина в моче у больных между 1-й и 2-й групп получена статистически достоверная разница в динамике их изменения. В послеоперационном периоде во всех исследуемых группах пациентов отмечалось повышение уровня белкосвязанного (БСО) и свободного оксипролина (СО) в динамике, по сравнению с показателями дооперационного периода, однако в контрольной группе пациентов уровень БСО и СО достоверно превышали ($p < 0,000001$) аналогичные показатели 2-й группы. Данное явление, по нашему мнению, отражает активность протекающих в организме коллагенопластических процессов, и свидетельствуют об избыточном спайкообразовании в послеоперационном периоде у больных контрольной группы. Ультразвуковое картирование брюшной полости проводилась 13 пациентам основной группы, и 13 пациентам контрольной группы на 7 сутки после операции. В контрольной группе у 4-х пациентов дистанция между датчиком и полым органом составила более 10 мм, что косвенно указывало на отсутствие висцеро-париетальных сращений. У остальных 9 пациентов, ограничение подвижности петель кишечника составляло от 3,2 до 9 мм, расцениваемое нами как положительный ультразвуковой признак подвижных висцеро-париетальных спаек. В основной группе только у 5-х пациентов ограничение подвижности петель кишечника колебалось от 7,3 до 9,6 мм, указывающее на наличие подвижных висцеро-париетальных спаек, в остальных случаях данная дистанция превышала 10 мм. Полученные данные УЗИ свидетельствовали об избыточном спайкообразовании в послеоперационном периоде у контрольной группы пациентов. При оценке данных опросника SF 36 в послеоперационном периоде у пациентов 1-й группы происходило значительное улучшения физического состояния и психологического компонента здоровья через 3 и 9 месяцев после операции по сравнению с пациентами 2-й группы ($p < 0,05$), что по нашему мнению обусловлено профилактикой спайкообразования включающееся применением в послеоперационном периоде мексидола данной группе. Таким образом, профилактическое применение 5% мексидола, при его внутривенном введении (10 мг/кг) после герниолапаротомии приводило к уменьшению спайкообразования в брюшной полости и улучшению качества жизни в послеоперационном периоде в сравнительном аспекте с пациентами контрольной группы.

106.Профилактика избыточного спайкообразования в брюшной полости на фоне антиоксидантной терапии в послеоперационном периоде

Бадасян А.Н., Олифирова О.С.

Благовещенск

ФГБОУ ВО Амурская ГМА

Несмотря на многочисленные экспериментальные и клинические исследования в настоящее время, спаечная болезнь и ее осложнения в виде ОСКН остаются актуальной проблемой в хирургии. Целью исследования явилось изучения эффективности использования в послеоперационном периоде после лапаротомии у пациентов предрасположенных к спайкообразованию отечественного препарата мексидола, при внутривенном применении. Задачей данного этапа исследования явилось провести сравнительную оценку антиадгезивной эффективности мексидола в профилактике спайкообразования у больных в послеоперационном периоде. Материалы и методы Клинический материал основан на проспективном рандомизированном исследовании 40 больных, получавших лечение в хирургических отделениях 2-го корпуса ГАУЗ АО БГКБ с 2009-2015 гг. Всем больным оперативное вмешательство проводилось в плановом порядке и включало в качестве одного из этапов лапаротомию. Проведен анализ результатов лечения между пациентами 1-й группы (n = 20), получавших в послеоперационном периоде 5% мексидол 10 мг/кг, контрольной 2-й группой (n = 20). Всем пациентам проводилось герниопластика послеоперационных, вентральных грыж. Группа 1 – контрольная (n = 20). Больным проводилась герниопластика по поводу послеоперационной вентральной грыжи. В послеоперационном периоде специальной профилактики избыточного спайкообразования в брюшной полости не проводилось. Группа 2 (n = 20) включала пациентов, которым осуществлялась герниопластика по поводу послеоперационной вентральной грыжи, а в послеоперационном периоде с целью профилактики избыточного спайкообразования в брюшной полости в течение 7 дней послеоперационного периода вводили внутривенно 5% мексидол 10 мг/кг. В послеоперационном периоде все больные получали анальгетики, проводились ежедневные перевязки. Раны у всех пациентов зажили первичным натяжением. Все больные были выписаны на 9-11 сутки из стационара в удовлетворительном состоянии на амбулаторное наблюдение. У больных во всех группах, в брюшной полости при герниолапаротомии отмечались внутрибрюшинные спаечные сращения. Для оценки спайкообразования в брюшной полости в раннем послеоперационном периоде были использованы метод определения оксипролина в суточной моче, УЗИ с оценкой подвижности петель тонкой кишки относительно париетальной брюшины и оценка качества жизни в послеоперационном периоде с помощью опросника SF 36. При изучении показателей экскреции оксипролина в моче у больных между 1-й и 2-й групп получена статистически достоверная разница в динамике их изменения. В послеоперационном периоде во всех исследуемых группах пациентов отмечалось повышение уровня белкосвязанного (БСО) и свободного оксипролина (СО) в динамике, по сравнению с показателями дооперационного периода, однако в контрольной группе пациентов уровень БСО и СО достоверно превышали ($p < 0,000001$) аналогичные показатели 2-й группы. Данное явление, по нашему мнению, отражает активность протекающих в организме коллагенопластических процессов, и свидетельствуют об избыточном спайкообразовании в послеоперационном периоде у больных контрольной группы. Ультразвуковое картирование брюшной полости проводилась 13 пациентам основной группы, и 13 пациентам контрольной группы на 7 сутки после операции. В контрольной группе у 4-х пациентов дистанция между датчиком и полым органом составила более 10 мм, что косвенно указывало на отсутствие висцеро-париетальных сращений. У остальных 9 пациентов, ограничение подвижности петель кишечника составляло от 3,2 до 9 мм, расценивающееся нами как положительный ультразвуковой признак подвижных висцеро-париетальных спаек. В основной группе только у 5-х пациентов ограничение подвижности петель кишечника колебалось от 7,3 до 9,6 мм, указывающее на наличие подвижных висцеро-париетальных спаек, в остальных случаях данная дистанция превышало 10 мм. Полученные данные УЗИ свидетельствовали об избыточном спайкообразовании в послеоперационном периоде у контрольной группы пациентов. При оценке данных опросника SF 36 в послеоперационном периоде у пациентов 1-й группы происходило значительное улучшения физического состояния и

психологического компонента здоровья через 3 и 9 месяцев после операции по сравнению с пациентами 2-й группы ($p < 0,05$), что по нашему мнению обусловлено профилактикой спайкообразования включающееся применением в послеоперационном периоде мексидола данной группе. Таким образом, профилактическое применение 5% мексидола, при его внутривенном введении (10 мг/кг) после герниолапаротомии приводило к уменьшению спайкообразования в брюшной полости и улучшению качества жизни в послеоперационном периоде в сравнительном аспекте с пациентами контрольной группы.

107. «Принципы антибиотико-профилактики в хирургии»

Дибиров М.Д.(1), Хачатрян Н.Н.(1)

1) Москва

МГМСУ им. А.И. Евдокимова

У 5-10% госпитализированных и оперированных больных отмечаются инфекционные осложнения, а в отделениях реанимации и интенсивной терапии назокомиальная инфекция 5 – 10 раз выше, чем в чистых хирургических отделениях. Потребность антибиотикотерапии в этих случаях возрастает 10 раз. Наиболее часто в этих случаях используются антибиотики широкого действия, либо комбинации антибиотиков нескольких групп, вызывая устойчивость внутрибольничных возбудителей к антимикробным средствам. Опасна грибковая госпитальная инфекция, которая в настоящее время составляет 10% от всех инфекционных осложнений. Также значительно возросла роль MRSA резистентных, анаэробных микробов и бактероидов. Исходом инфекционных осложнений становится SIRS и сепсис с летальностью 40-70%. Цель: эффективное снижение количества послеоперационных осложнений рациональным использованием антибактериальных препаратов. Для достижения цели необходимо учитывать: I. Классификацию ран: 1. Чистые. 2. Условно – чистые (условно – контаминированные) 3. Загрязненные (контаминированные) 4. Грязные II. Схему профилактики: 1. Рабочую 2. Резервную III. Факторы риска: 1. Коморбидность; 2. Иммунореактивность; 3. Шкалу операционно-анестезиологического риска 4. Анатомическая область, в которой проводится оперативное вмешательство 5. Длительность и травматичность операции 6. Кровопотеря 7. Другие факторы риска: возраст. Курение, алкоголизм и др. 8. Нарушение питания IV. Путь введения. Предпочтительно для профилактики выбрать внутривенное болюсное введение антибиотика. V. Кратность введения. 1. За 15-30 минут до разреза кожи в/в болюсно. 2. При оперативных вмешательствах длительностью более 3 – 4 часа и с кровопотерей необходимо повторное интраоперационное введение VI. Антибиотикопрофилактика должна охватывать наиболее часто встречающихся микробов: Staphylococcus (St) aureus, St. epidermidis, Streptococcus spp, Enterobacteriaceae: E. coli, Proteus spp, Klebsiella spp, анаэробы – при операциях на толстой кишке и органах малого таза. В рабочей схеме наиболее часто применяют: цефазолин 1-2г. в/в, цефуроксим 1,5 г. в/в, амоксицилин / клавуланат 1,2г. в/в, цефоперазон / сульбактам 1,5г. в/в и др. Для резервной схемы: ванкомицин 1г. в/в, ципрофлоксацин 0,5-1г в/в + метронидазол 0,5г в/в, клиндамицин 1,5г в/в и др. Для профилактики достаточно введение антибиотиков в течение 24 ч, при

утраченном очаге инфекции, при грязных ранах проводится полноценная послеоперационная антибиотикотерапия с учетом микробного пейзажа.

108.Современные возможности профилактики развития критической ишемии при заболеваниях артерий нижних конечностей в хирургической практике на амбулаторном этапе.

Бродский И.Н.(1), Луценко В.А.(2), Деев Р.В.(3), Исаев А.А.(3)

Бродский И.Н.(1), Луценко В.А.(2), Деев Р.В.(3), Исаев А.А.(3) 1)Хабаровск, 2) Кемерово, 3) Москва

Бродский И.Н.(1), Луценко В.А.(2), Деев Р.В.(3), Исаев А.А.(3) 1) КГБУЗ «Краевая Клиническая Больница № 2» Министерства здравоохранения Хабаровского края, 2) ГАУЗ «Кемеровская областная клиническая больница им. С.В. Беляева» 3) ПАО «Институт стволовых кле

Актуальность: заболевания артерий нижних конечностей (ЗАНК) - основные причины нетравматических ампутаций. Распространенность ЗАНК составляет от 10 до 20% всей популяции. Число случаев критической ишемии конечности (КИК) варьирует от 50 до 100 на 100 тыс. населения. Возможности медицинской помощи больным с ЗАНК ограничены, особенно драматичен прогноз при КИК, консервативная терапия лишь у 40% в течение года позволяет сохранить конечность, в 50% возможна хирургическая реваскуляризация, КИК купируется только у 25%, а к концу года наблюдения, только у 45% пациентов имеется шанс сохранения конечности, 30% - живут с ампутированной конечностью, летальность составляет 25%. Развитие геннотерапевтического направления в России в лечении ЗАНК, позволяет пересмотреть устоявшиеся традиции в способах профилактики развития критической ишемии. В настоящий момент в арсенале врача имеется препарат, механизм действия которого направлен на стимуляцию терапевтического ангиогенеза (лечебный рост сосудов), ведущего к уменьшению ишемии нижних конечностей. Цель исследования: изучить результаты лечения пациентов с заболеваниями артерий нижних конечностей на докритических стадиях, при использовании в комплексной терапии препарата «Неоваскулген®». Материалы: в случайном порядке было сформировано две группы пациентов по 45 человек в каждой с ЗАНК со IIa-IIb стадиями хронической артериальной недостаточности (ХАН). Все пациенты проходили лечение в амбулаторных условиях и получали стандартный курс терапии, включающий применение дезагрегантов и антикоагулянтов, коррекцию артериального давления и, при необходимости, гликемии и липидемии. Пациентам основной группы помимо стандартной терапии вводили препарат для стимуляции неоангиогенеза «Неоваскулген®», дважды, с интервалом в 2 недели. Группы были сопоставимы по возрасту и длительности заболевания, а также по степени нарушения артериального кровотока. Средний возраст пациентов составил 63,3±5,8 лет в основной и 62,45±8,4 лет в контрольной группе, продолжительность основного заболевания в основной группе составила 4,5±1,2 года, а в контрольной – 8,2±4,5 года, что указывает на несколько более злокачественное течение ЗАНК в основной группе. В 80% причиной ЗАНК был атеросклероз, в остальных случаях он сочетался с диабетической ангиопатией. Во всех случаях выявлен многоуровневый стеноокклюзионный характер поражения артерий голени и стопы. Продолжительность наблюдения за больными

составила 60 мес. В качестве критериев эффективности использовались: дистанция безболевого ходьбы (ДБХ), транскутанное напряжение кислорода (ТКНК) на стопе (проекция 1 межпальцевого промежутка), лодыжечно-плечевой индекс (ЛПИ). Результаты: У всех пациентов основной группы отмечена хорошая переносимость лечения, отсутствие побочных эффектов и осложнений. Удалось сохранить конечность в течение 5 лет 93% пациентам в основной группе и 68% в контрольной группе. В первой группе к концу наблюдения умерло 2 пациента, во второй – 3, которые скончались от сопутствующих заболеваний. В основной группе ДБХ увеличилась с $236 \pm 3,5$ м до $683,6 \pm 4,7$ м., в контрольной группе с $218 \pm 2,1$ м до $427 \pm 3,5$ м. В течение всего срока наблюдения отмечалась положительная тенденция показателей макрогемодинамики, что выражалось увеличением ЛПИ на 31% в основной группе и на 23% в контрольной. Средний показатель ТКНК, составлявший в начале исследования $37 \pm 2,3$ мм рт. ст. в основной группе и $36 \pm 3,7$ мм рт. ст. в контрольной, в течение периода наблюдения увеличился на 30% и составил $48 \pm 3,1$ мм рт. ст. в основной группе и увеличился на 18% до $41 \pm 3,7$ мм рт. ст. в контрольной. Обсуждение: использование препарата «Неоваскулген®» в составе комплексного лечения пациентов с ЗАНК позволило обеспечить сохранение конечностей и значительно улучшить функциональное состояние пациентов, что выражалось увеличением ДБХ. Достижение клинически значимой положительной динамики сопровождалось улучшением результатов инструментальных методов исследования, что свидетельствует об объективности полученных данных. Вывод: амбулаторное лечение препаратом «Неоваскулген®», проведенное больным с Па и Пб степенями ХАН, позволяет не только значительно уменьшить риск прогрессирования основного заболевания и развития критической ишемии конечностей, но и, что так же актуально, увеличить в 4–5 раз дистанцию безболевого ходьбы, тем самым улучшая качество жизни пациентов и снижая необходимость дорогостоящего и травматического хирургического лечения. Рекомендации: препарат «Неоваскулген®» может эффективно применяться на амбулаторном этапе с целью профилактики прогрессирования степени артериальной недостаточности у пациентов с заболеваниями артерий нижних конечностей.

109. Выбор тактики оперативного лечения глубокой перипротезной инфекции тазобедренного сустава

Прокопьев Д.С., д.м.н. Левчик Е.Ю., к.м.н. Виноградский А.Е.

Екатеринбург

ГБУЗ СО «СОКП госпиталь для ветеранов войн»

Актуальность. Заболеваемость перипротезной инфекцией (ГППИ) увеличивается. Улучшение результатов лечения ГППИ решается путем выбора тактики. Материалы. Анализ 91 клинического наблюдения ГППИ тазобедренных суставов. Использовали классификацию ГППИ (Coventry-Fitzgerald-Tsukayama – 1996 г.). Женщин 43(47,3%), мужчин 48(52,7%). Возраст: 24 - 86 лет. Причины эндопротезирования: травма в 20(22,2%), дистрофические изменения в 67(73,6 %), ревматоидный артрит в 4(4,4%) наблюдениях. Жалобы: на боль при физической нагрузке в 23(25%) случаях, в покое 36(39,5%); у 41(45%) нарушение опороспособности конечности, нарушение функций

смежных суставов у 18(19,7%); раны и/или свищевые ходы у 73(80%). Лабораторные критерии: повышение уровня лейкоцитов, СОЭ, СРП. Возбудители ГППИ: Грам + у 57(62,5%), Грам - у 21(23,2%), несколько возбудителей у 13(14,2%). Коагулазопозитивные стафилококки в 70(77%) случаях. MRSA, MRSE у 30(33%). БЛРС+ в 3(3,5%) случаях. Исследования отделяемого из раны, соответствовали интраоперационным в 48(53%) случаях. Методы. I тип ГППИ - 21 больной. У 2(9,5%) эндопротезы удалены, с ревизионным эндопротезированием после купирования ГППИ. В 19(90,5%) случаях произведена санация ран с сохранением эндопротезов, у 17(76%) из 19 отметили ремиссию. Одному пациенту после удаления выполнена резекционная артропластика, еще у одного ввиду рецидива ГППИ установили спейсер. II тип ГППИ - 21 пациент. В 13 (61,9%) случаях удалили эндопротез, установили спейсер. Из них 9(66,7%) пациентам выполнили ревизионное эндопротезирование. У 3 (33,3%) произошли рецидивы ГППИ; повторно установлены спейсеры двум из них. 4 пациента под наблюдением после первого этапа. У 7(33,3%) из 21 пациента выполнили ревизии без удаления эндопротезов. У 3(42,9%) из 7 достигнута ремиссия (данные операции проведены в период от 1 до 3 месяцев после эндопротезирования). Остальным 4 больным удалили эндопротез, установили спейсер. В 1 наблюдении эндопротез удален, выполнена резекционная артропластика. III тип ГППИ - 49 больных. Удаление эндопротеза, дебридмент и установку спейсера выполнили у 27(55,1%) из 49, у 16(59,3%) достигнута ремиссия, выполнено ревизионное эндопротезирование. У 4(14,8%) пациентов рецидив ГППИ, в 3 случаях из 4 спейсеры установлены повторно, а в 1 удален спейсер и выполнена резекционная артропластика. 7(26%) из 27 пациентов находятся под наблюдением. В 9(18,3%) наблюдениях из 49 - ревизия ран с сохранением эндопротезов, как паллиатив у ослабленных имеющих противопоказания для репротезирования больных. Во всех наблюдениях - рецидивы ГППИ, 2 летальных исхода. У 8(16,3%) больных - удаление эндопротезов и активное дренирование ран. 5(10,2%) пациентам из 49 по причине рубцовых изменений и дефектов, выполнили резекционную артропластику с формированием неоартрозов в зоне ТБС. Фиксация внеочаговым чрескостным компрессионным остеосинтезом по Илизарову. Сроки фиксации 6-8 недель. Во всех наблюдениях купирован гнойный процесс, восстановлена опороспособность конечности, достигнут достаточный объём движений в зоне неоартроза. Выводы: 1. При I типе ГППИ, ревизия с заменой компонентов, является методом выбора с высоким уровнем положительных результатов. 2. В период манифестации инфекции от 1 месяца до 7 лет, методом выбора остается удаление эндопротеза с установкой спейсера. 3. При наличии костных и мягкотканых дефектов в области сустава, с прогнозируемым высоким риском развития ГППИ, методом выбора является резекционная артропластика с фиксацией в аппарате внешней фиксации. 4. Для предоперационного выявления возбудителей ГППИ, следует выполнять диагностическую пункцию перипротезного пространства, не ограничиваясь исследованием отделяемого из ран и свищей.

110. Хирургическая помощь при ранениях сердца на Дальнем Востоке России в первой половине XX века

Пчелина И.В.

Хабаровск

Вплоть до конца XIX ст. в России не предпринимались попытки лечения ран сердца. Убедительные экспериментальные исследования Н. Филиппова (1886) и Н. Напалкова (1900) стали толчком к более активной хирургической тактике лечения раненых. Анализ доступной литературы показал, что начало хирургии сердца на Дальнем Востоке России связано с одним из старейших медицинских учреждений - Владивостокским военно-морским госпиталем (ВВМГ, ныне Военно-морской клинический госпиталь Тихоокеанского флота). Сотрудники ВВМГ оказывали медицинскую помощь во время многих боевых действий на суше и на море. Первые попытки хирургического лечения ран сердца относятся к периоду Русско-японской войны (1904-1905). 3 августа 1904 г. госпиталь принял на себя 374 раненных с крейсеров «Россия» и «Громобой», пострадавших в бою с японской эскадрой. По данным Санитарного отчета по флоту (1915) представлено 182 случая повреждения груди, в том числе 15 (8,2%) - с проникающим ранением грудной клетки, из них выздоровели 3 (20%). Прослежен клинический случай ранения груди с проникновением осколка снаряда в сердечную сорочку. Вследствие развития гнойного перикардита проведена поздняя перикардиотомия с извлечением инородного тела, больной скончался на 30-й день болезни от инфекционных осложнений. Все случаи повреждений сердца и его сорочки закончились летальным исходом. 12 октября 1928 г. хирург Владивостокской городской больницы Б.М. Динабург попытался наложить сердечный шов при колото-резаном ранении сердца. Через 1,5 суток после операции на аутопсии было выявлено ранение, несовместимое с жизнью (пробив правый желудочек, клинок проник в левый желудочек и аорту). Первый успешный опыт кардиорафии принадлежит главному хирургу Дальневосточного фронта, проф. М.Н. Ахутину. В июле 1938 г. в районе озера Хасан в полевых условиях он провел первый этап операции при колотом ранении сердца, спустя 11 дней в госпитале Хабаровска он окончательно ушил рану. В последствие им был организован в составе лечебных учреждений фронта специализированный госпиталь для раненных с повреждениями крупных сосудов. В апреле 1939 г. проф. Хабаровского мединститута (ХГМИ) В.Д. Анчелевич наложил швы на раны сердца при множественном колотом ранении, больной выздоровел. В 50-х годах получила развитие экстренная грудная хирургия. Со времени первой успешной кардиорафии (Н.И. Шаховской, 1903) к этому моменту в России был накоплен большой опыт хирургического лечения ран сердца, при этом летальность достигала 30-40%. В период с 1950 по 1964 гг. в ВВМГ прошли лечение 7 раненных в сердце в возрасте от 19 до 23 лет. Во всех случаях были ножевые чрезплевральные ранения сердца с явлениями гемоторакса, у двух больных имелось торакоабдоминальное повреждение с ранением диафрагмы и органов брюшной полости. Оперативные вмешательства всем раненым произведены в срок от 1 до 4 часов с момента ранения, в 2-х случаях применялся эфирно-кислородный наркоз, во всех остальных – местное обезболивание. Использовался переднебоковой трансплевральный доступ к сердцу по ходу III, IV или V межреберий с рассечением реберных хрящей у грудины. С целью профилактики тампонады сердца рана перикарда ушивалась редкими швами (М.В. Портной, 1964). Все больные выздоровели, длительность лечения в среднем составляла 45-50 дней. В клинике госпитальной хирургии ХГМИ (проф. М.А. Хелимский) за 15 лет (1952-1966) опыт лечения ранений сердца составил 46 случаев с летальностью 19,5% (колото-резанных – 87%, огнестрельных – 13%). Результаты лечения проникающих ранений груди с повреждением перикарда и сердца в условиях мирного времени были обобщены в исследовании Г.П. Барсукова (1958). Таким образом, хирургия сердца на Дальнем Востоке России началась в 1938 г., пионерами операции кардиорафии стали военные хирурги. Дальнейшему развитию хирургии сердца способствовало изучение патологической анатомии и физиологии повреждений сердца, совершенствование методов борьбы с шоком и кровотечением.

111. ЛЕЧЕНИЕ КРИПТОРХИЗМА У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

Даниленко Ю.Л. (1), Омурбеков Т.О. (1,2), Мыкыев К.М. (1,2)

Бишкек

Городская детская клиническая больница скорой медицинской помощи (ГДКБ СМП) (1), Кыргызско-Российский Славянский Университет (КРСУ) им. Б.Н. Ельцина (2)

Актуальность. Крипторхизм - заболевание врожденного характера с частотой у 3–5% родившихся мальчиков. Обращаемость и лечение с данной патологией в более старшем возрасте обуславливает большой риск бесплодия мужчин в репродуктивном периоде у 40–60%, особенно при двухстороннем крипторхизме до 70%. Сроки операции крипторхизма за прошедший 70–80 лет постоянно менялись, в 12–14 лет, от 3–5 лет до 4–х лет и в 2 года. На сегодняшний день остаются два основных взгляда на срок лечения – раннее лечение в грудном возрасте, и отсроченная операция – в 4–6 лет. Таким образом, сроки оперативного лечения крипторхизма у детей остаются дискуссионными. Несмотря на распространенность методов обследования детей, УЗИ, доступность информации в СМИ, частота обращаемости детей с крипторхизмом в старшем возрасте каждый год остается высокой, что определяет актуальность. Материал и методы исследования. За 2012–2015 г.г. в ГДКБ СМП г. Бишкек в отделениях урологии и хирургического отделения краткосрочного пребывания находилось 36 детей с крипторхизмом в возрасте от 6 месяцев до 2–х лет. Собирался тщательный анамнез, проводились объективный осмотр, общеклинические анализы, УЗИ мошонки, паховых каналов и органов брюшной полости, доплерография сосудов яичка, гормональные исследования. Результаты и их обсуждение. Из 36 больных односторонний крипторхизм отмечался в 34 случаях (94,4%), из них правосторонний - у 23 (63,8%), левосторонний - у 11 (30,5%), двухсторонний у 2–х (5,5%). У 4 (11,1%) обнаружено неполное удвоение почки, уретрогидронефроз, гипоспадия. У 12 (33,3%) аномалии со стороны сердечно-сосудистой системы. Интраоперационно оценивалось состояние, размеры яичка, семявыносящих протоков и сосудов яичка. В данной группе пациентов, прооперированных гипоплазии яичка не было. Размеры опущенного яичка соответствовали нормальному яичку, находившемуся в мошонке с рождения. Метод оперативного лечения подбирался индивидуально. При достаточной длине сосудов яичка, семенного канатика и его элементов использовался метод Соколова в нашей модификации-у 10 больных. Сущностью модификации является формирование площадки на дне мошонки для лучшей фиксации яичка. Перед низведением яичка через инвагинированную в рану мошонку проводится рассечение внутренних слоев мошонки до кожи, в результате чего при заживлении, между наружной оболочкой яичка и внутренней поверхностью мошонки формируется рубец, обеспечивающий надежную фиксацию яичка. У 26 больных по методу Торека-Герцена. Таким образом, нашей задачей было достичь одновременно две цели-сохранить адекватное кровоснабжение яичка и обеспечить надежную фиксацию яичка на дне мошонки. Все прооперированные пациенты были обследованы повторно через 6 месяцев. Ближайшие результаты оценили по следующим параметрам и выделили 4 вида результатов лечения: 1. Результат–отличный, если яичко после низведения соответствовало размерам здорового яичка, располагалось на дне мошонки, становилось упругим по консистенции и подвижным. 2. Результат – хороший, яичко после низведения располагалось на дне мошонки, но по своим размерам

оставалось прежним. 3. Результат–удовлетворительный, яичко после низведения по своим клиническим данным оставалось прежним, но располагалось в верхней половине мошонки. 4. Неудовлетворительный результат–если после операции произошла ретракция яичка в паховую область. У всех больных ближайший результат лечения оказался отличным или хорошим. Гипоплазии яичка у больных данной группы обнаружено не было. Рецидивов в виде ретракции яичка в паховый канал не наблюдалось. Выводы: 1). При раннем хирургическом лечении крипторхизме во всех случаях гипоплазии яичка не было выявлено. 2). Ближайший результат лечения больных, прооперированных в раннем сроке, у всех оказался хорошим. Рекомендации: Лечение крипторхизма у детей в более раннем возрасте дает лучшие результаты, так как частота гипоплазии и морфологические изменения в тканях увеличивается с возрастом.

112.ВРОЖДЕННЫЕ ДИАФРАГМАЛЬНЫЕ ГРЫЖИ (ВДГ) У ДЕТЕЙ

Мыкыев К.М. (1,2), Омурбеков Т.О. (1,2), Самсалиев А.Дж. (2), Молдоисаев К.Б. (2)

Бишкек

Кыргызско-Российский Славянский университет им. Б.Н.Ельцина (1), Городская детская клиническая больница скорой медицинской помощи (ГДКБ СМП) (2)

Актуальность. Частота ВДГ составляет 1:2500-1:5000 случаев новорожденных. Около 36% детей с ВДГ умирают после рождения от дыхательной недостаточности, основными причинами смерти становятся легочная гипоплазия и гипертензия. Таким образом, хирургическое лечение ВДГ, особенно у новорожденных остается сложной проблемой в детской хирургии. Материалы и методы исследования: изучены данные 59 оперированных детей с ВДГ в ГДКБ СМП за 2006-1016 годы. Проводились общеклинические, биохимические анализы, обзорная рентгенография грудной клетки, рентгеноконтрастные исследования ЖКТ, УЗИ, при необходимости КТ, МРТ. Результаты и их обсуждение. В возрасте до 1 месяца – 29 (49,1%), до 1 года - 12 (20,3%), до 3-х лет - 12 (20,3%), 4-6 лет - 4 (6,8%), старше 7 лет - 2 (3,4%). Мальчики-33 (55,9%), девочки-26 (44,1%). По локализации: грыжи собственного купола диафрагмы у 43 (72,9%), из них у 3 –х релаксация правого купола, у 40 (67,8%) левого купола–из них ложная у 30 (50,8%), релаксация у 10 (16,9%). Грыжи пищеводного отверстия диафрагмы–у 15 (25,4%), переднего отдела диафрагмы–у 1 (1,7%) больного. В периоде новорожденности все поступали из родильных домов. Антенатальная УЗИ осуществлена у всех. Сопутствующие патологии у 28,8%. Больные с синдромом «асфиксического ущемления»-30 (50,8%) больных, в периоде новорожденности-16, 55,2% из числа новорожденных, в возрасте до 1 года-11, до 3-х лет-3. Из 11 с синдромом «асфиксического ущемления», грыжи пищеводного отверстия диафрагмы-у 9, у 2-х ложная грыжа левого купола диафрагмы. Таким образом, среди больных старшего возраста ущемленные грыжи наблюдаются при грыжах пищеводного отверстия диафрагмы. В 10 случаях грыжах пищеводного отверстия направлены из отделений соматического профиля, куда поступали с диагнозом пневмония, анемия. На обзорной рентгенографии грудной клетки, обнаруживали наличие кистозного образования в легком и контрастное исследование пищевода помогли установить диагноз. В 1-м случае на КТ грудной клетки выставляли диагноз: «абсцесс правого легкого» и рентгеноконтрастное исследование ЖКТ выявила грыжу пищеводного отверстия. Таким

образом КТ или МРТ не всегда помогает установить клинический диагноз. По показаниям КТ и МРТ органов грудной клетки применены в 7 случаях. Операционные доступы: лапаротомия у 41, торакотомия у 18, из них у 42-х применением «минилапаротомия», «миниторакотомия». 59 больным проведено 64 оперативных вмешательств. Одному больному 3 раза произведена операция из-за эвентрации кишечника после срединной лапаротомии, несостоятельность пластики пищевода отверстия диафрагмы, и повторное ущемления. У 2-х релапаротомия из-за рецидива в ближайшем периоде после операции. При истинных грыжах собственного купола диафрагмы у 21 проводили пластику «сбаривающими узловыми швами» в шахматном порядке, у остальных дубликатурой после рассечения. При пластике «сбаривающими узловыми швами» контролируется ригидность диафрагмы, участие в акте дыхания. При тугом наложении пластического шва ограничивается экскурсия легкого, может нарастать дыхательная недостаточность, тяжелое течения послеоперационного периода. При рассечении диафрагмы осложнения в виде кровотечения из рассеченных краев, требующий остановки и приводящий к длительности операции. При ложных грыжах в у 1 применена аллопластика, в остальных П-образные швы. Послеоперационная летальность-9 (31%) из числа новорожденных, или 15,2% их всех оперированных с ВДГ. Причиной летальности была наличие сопутствующих заболеваний, гипоплазия легкого, недоношенность, ВУИ, тяжелые роды. Выводы и рекомендации: 1. Частота ущемленных ВДГ – у 50,8%, а среди новорожденных 55,2%. 2. Послеоперационная летальность у новорожденных - у 31,8%. 3. При анемии у детей до 3-х лет необходимо обследования с обзорной рентгенографии органов грудной клетки и рентгенография ЖКТ с контрастированием в 2-х проекциях. 4. При релаксации купола диафрагмы оптимальным является пластика «сбаривающими швами» в шахматном порядке.

113.Эндоскопические вмешательства при синдром Буэрхаве

Кубачев К.Г., Бабаев Ш.М.

Санкт-Петербург

ФГБОУ ВО «СЗГМУ им. И.И. Мечникова».

За последние 20 лет мы наблюдали 35 больных с синдромом Буэрхаве. В отличие от синдрома Маллори – Вейсса разрывы при этой патологии всегда располагаются по передне-левой полуокружности пищевода, выше связки Морозова. Кроме того, развитие синдрома не связано со злоупотреблением алкоголем. Клиническая картина представлена триадой Меклера – рвотой, острой болью за грудиной и подкожной эмфиземой на шее. Довольно часто при обзорной рентгеноскопии груди в средостении обнаруживается газ. Контрастное рентгенологическое исследование пищевода (водорастворимым контрастом) позволяет уточнить диагноз практически во всех случаях. Развивающийся при разрыве пищевода медиастинит быстро приводит к критическому ухудшению состояния пациентов. В течение короткого времени развивается тяжелый сепсис и оперативное вмешательство становится практически невыполнимым. Выходом в этой ситуации может явиться стентирование пищевода покрытыми стентами. Из 35 больных традиционные оперативные вмешательства были выполнены 27 пациентам. Операция заключалась в торакотомии, ушивании разрыва пищевода однорядным швом с укрытием линии шва

пластинкой тахокомба, санации, дренировании средостения и плевральной полости. У 8 пациентов выполнено стентирование пищевода покрытыми стентами. В 2 случаях использовали стенты, снабженные противорефлюксным клапаном (Choo Stent, Gianturco-Z stent,); в остальных случаях применяли другие стенты (Ultraflex, Song stent Esophacoil, Wallsient). Санацию плевральной полости и средостения выполняли посредством торакоскопии через несколько часов после стентирования стабилизации состояния. Гастростомию не выполняли, ограничиваясь проведением зонда в желудок. Несостоятельность стента выявлена в одном случае. Умерло 2 больных вследствие развития тяжелого сепсиса. Таким образом стентирование пищевода при его разрыве может явиться альтернативой традиционным операциям у тяжелых пациентов.

114. Острый билиарный панкреатит на фоне механической желтухи

Заркуа Н.Э.

Санкт-Петербург

ФГБОУ ВО «СЗГМУ им. И.И. Мечникова»

За 2013 – 2015 наблюдали 77 пациентов, в возрасте 19 – 85 лет, с острым билиарным панкреатитом и механической желтухой, обусловленной холедохолитиазом. Женщин было 48, мужчин – 29. Подобное сочетание считали показанием к срочной ЭРХПГ, ПСТ с санацией желчных протоков. Все лечебные эндоскопические вмешательства выполняли в первые 12 часов. Во всех случаях удалось осуществить либо прямую канюляцию холедоха (у 51 больного), либо канюляцию после предрассечения (у 26 пациентов). При эндоскопическом осмотре зоны БДС у 29 больных не было выявлено никаких патологических изменений. У 42 больных отмечалось увеличение БДС (у 8 из них визуализирован ущемленный камень), имелись признаки травматизации устья БДС до начала манипуляции. У 6 пациентов БДС находился в полости крупного юктапапиллярного дивертикула. При ЭРХГ конкременты в общем желчном протоке выявлены у 69 больных. В 14 случаях конкременты были «вколоченными», в остальных - располагались проксимальнее ампулы БДС. Размер конкрементов составлял от 3 до 12 мм. Длительность манипуляции составила от 9 до 35 минут. Осложнений, связанных с эндоскопическим вмешательством не было. Литоэкстракция выполнена у 31 больного, в остальных случаях конкременты отошли самостоятельно. После ЭПСТ во всех случаях, когда при ЭРХГ не были выявлены конкременты, визуально наблюдали отхождение микролитов из холедоха при истечении контраста и желчи. В первые же часы после ПСТ у всех пациентов отмечено значительное уменьшение болевого синдрома, стабилизация показателей гемодинамики. Показатели клинического анализа крови не претерпевали существенной динамики, однако биохимические показатели активности процесса быстро снижались в течение первых суток. Только у одной пациентки, имевшей минимальный из всех больных уровень амилазы перед манипуляцией (379) отмечено повышение его уровня до 2680. При этом клинически пациентка отмечала улучшение самочувствия. Со вторых суток показатели амилазы и липазы начали стремительно снижаться. В остальных случаях отмечено снижение уровня амилазы, особенно у больных с максимальными исходными уровнями активности фермента. В среднем уровень амилазы возвращался к нормальным показателям на 3 сутки. При этом снижение уровня амилазы было наиболее

быстрым у пациентов, получавших октреотид (сандостатин), по сравнению с пациентами, получавшими 5-фторурацил или рибонуклеазу. После ЭПСТ лапароскопическая холецистэктомия выполнена 2 пациентам связи с наличием конкрементов в желчном пузыре, без экстренных показаний в период той же госпитализации. Летальных исходов не было. Таким образом, эндоскопические вмешательства при доказанном билиарном генезе острого панкреатита являются безопасными высокоэффективными и патогенетически обоснованными.

115. Малоинвазивные технологии лечения кист поджелудочной железы

Кубачев К.Г., Заркуа Н.Э

Санкт-Петербург

ФГБОУ ВО «СЗГМУ им. И.И. Мечникова».

В последние годы отмечается существенный рост числа больных с кистами поджелудочной железы. Это обусловлено ростом числа больных острым деструктивным панкреатитом, одним из исходов которого является формирование ложных кист. Клиническое течение кист не всегда отличается благополучием, нередко развиваются различные жизнеугрожающие состояния, такие как нагноение и прорыв кисты в брюшную полость, сдавление полых органов с нарушением проходимости и арозивное кровотечение из крупных сосудов. Последнее хотя и является редким осложнением, но наличие в близости кисты крупных магистральных сосудов и их аррозия делает это осложнение порой смертельным. Поэтому лечение больных с постнекротическими кистами продолжает оставаться актуальной задачей. Однако традиционные оперативные вмешательства нередко являются весьма травматичными из-за обширного спаечного процесса после перенесенного панкреонекроза. Под нашим наблюдением находились 105 больных с ложными кистами поджелудочной железы, которые были пролечены малоинвазивными технологиями. Все они от 1 года до 10 лет назад перенесли острый деструктивный панкреатит. В большинстве пациенты жаловались на ноющие боли в области эпигастрия, периодическую рвоту съеденной накануне пищей, наличие пальпируемого образования в эпигастральной области, периодические подъемы температуры, эпизоды механической желтухи, вследствие сдавления кистой общего желчного протока. Диагноз кисты поджелудочной железы подтверждали инструментальными исследованиями, наиболее чувствительными оказались ЭУС, МРТ, МСКТ. На компьютерных томограммах кисты поджелудочной железы обнаруживались как очаговые образования округлой или неправильной формы с четкими, ровными контурами и гомогенным содержимым. В случае неинфицированных кист плотность содержимого колебалась от - 5 до +15 ед НУ, что соответствует плотности жидкости. У пациентов с нагноившимися кистами отмечалась достоверно более высокая плотность содержимого, которая колебалась от +25 до 40 ед НУ. У 46 больных применены пункционные методы под контролем УЗИ. При выполнении пункции пользовались только безадаптерной методикой, что позволяет более четко контролировать продвижение иглы в тканях. Однократной пункции и эвакуации содержимого кисты было достаточным для достижения полной ликвидации образования у 39 больных. В 4 наблюдениях потребовалось выполнение повторной пункции с элементами склерозирования 96%

этиловым спиртом. Еще у 3 пациентов при фистулографии в момент пункции определялось сообщение полости кисты с главным панкреатическим протоком, им осуществлено временное наружное дренирование кисты. Впоследствии им был выполнен цистодигестивный анастомоз. Осложнений и летальных исходов не было. При локализации кисты в головке железы, примыкающей к медиальной стенке двенадцатиперстной кишки (32) и в теле железы, плотно прилегающей к задней желудка (16) выполнены чреспросветные эндоскопические вмешательства под контролем ЭУС. При этом после определения наиболее близкой точки соприкосновения стенок органа и кисты в условиях ЭУС-навигации, торцевым папиллотомом рассекали стенку органа и капсулу кисты на протяжении 1,5 - 2 см. После эвакуации содержимого устанавливали стент, который удаляли после полной облитерации просвета кисты. Летальных исходов и осложнений не было. У 11 пациентов выявлена киста, сообщающаяся с вирсунговым протоком и проксимальная стриктура вирсунгового протока, протяженностью 10 - 21 мм. Им выполнены РХПГ, ПСТ баллонная дилатация стриктуры и стентирование протока и просвета кисты. Кисты были ликвидированы. У 2 пациентов после процедуры диагностировано обострение хронического панкреатита, потребовавшее интенсивной терапии. Все пациенты поправились. Таким образом, высокая эффективность этих методов лечения кист поджелудочной железы позволяет рекомендовать к их широкому применению при лечении этой патологии.

116. Навигационные технологии лечения больных острым холециститом и высоким индексом коморбидности

Заркуа Н.Э.

Санкт-Петербург

ФГБОУ ВО «СЗГМУ им. И.И. Мечникова».

За 2006 - 2015 гг. под нашим наблюдением находились 4781 больной острым холециститом. Из них 585 больных отнесены к IV группе операционно-анестезиологического риска (ASA). Индекс коморбидности составил 22 - 36 баллов по шкале Kaplan-Feinstein Женщин было 482, мужчин – 103. Средний возраст составил 77,6 лет. Механическая желтуха вследствие холедохолитиаза или стриктуры дистального отдела холедоха имела у 43 (7,4%). Разлитой перитонит в токсической или терминальной фазе, вследствие деструкции и перфорации желчного пузыря на момент поступления диагностирован у 26 (4,4%) пациентов. Все они были оперированы по срочным показаниям. Из них умерло 12 больных. У 559 воспалительный процесс был локализован в области правого подреберья. Только консервативное лечение (антибиотики, спазмолитики, инфузионная терапия) было проведено у 47 больных. Из них умерли 3 (6,4%) больных, старше 85 лет, вследствие нарастания интоксикации и недостаточности кровообращения. У 512 больных под контролем УЗИ выполнены разнообразные лечебные манипуляции. Пункция желчного пузыря и холецистостомия выполнена 52, пункция желчного пузыря от 1 до 6 раз с эвакуацией содержимого и промыванием просвета пузыря антибиотиками (цефалоспорины или фторхинолоны) – 460 больным. У 287 больных желчный пузырь оказался отключенным, у 225 в содержимом пузыря была примесь желчи. При посевах различная флора (в подавляющем большинстве случаев – грамм-отрицательная) была

высеяна у 97% больных. Объем жидкости при первой пункции составил от 30 мл до 200 мл. Практически после первой же пункции больные отмечали улучшение состояния уменьшение болевого синдрома; отмечалось снижение лейкоцитоза и ее сдвига влево. Повторное исследование и, при необходимости, пункцию выполняли через каждые 24 часа. Наряду с пункциями больные получали системную антибактериальную, инфузионную и дезинтоксикационную терапии. 31 больному с механической желтухой после пункции пузыря в течение 24 - 48 часов выполнены РХГ и ПСТ, санация протоков. 2 больных с гангренозным холециститом и механической желтухой умерли в течение 1 суток вследствие развития септического шока и у 10 – механическая желтуха была купирована на фоне проводимой консервативной терапии. Прогрессирование воспалительной деструкции желчного пузыря после пункций отмечено у 46 (9%) пациентов. 43 из них были оперированы под эпидуральной анестезией через мини-доступ, 3 – отказались от операции и скончались при нарастающей интоксикации. Остальные пациенты были выписаны на амбулаторное лечение. Всего в анализируемой группе умерло 20 (3,4%) больных. Таким образом, пункционные методы лечения острого холецистита является одним из немногих инвазивных способов купирования воспалительных проявлений острого холецистита у пациентов с отягощенным анамнезом. Эта методика позволяет снизить степень интоксикации и риск дальнейшей деструкции стенки желчного пузыря, а также подготовить пациентов к эндоскопическим вмешательствам или операциям посредством мини-доступа, которые могут быть выполнены в условиях эпидуральной анестезии.

117.Ретроперитонит при разрыве забрюшинной части двенадцатиперстной кишки

Кубачев К.Г., Хациев К. А.

Санкт-Петербург

ФГБОУ ВО «СЗГМУ им. И.И. Мечникова»

Разрыв забрюшинной части двенадцатиперстной кишки относится к редким и трудно диагностируемым видам повреждений внутренних органов. Эти травмы двенадцатиперстной кишки даже на стационарном этапе диагностируются поздно, особенно при тяжелых сочетанных повреждениях. При таких разрывах поступление в забрюшинную клетчатку инфицированного содержимого двенадцатиперстной кишки и панкреатического сока в короткие сроки приводит к развитию деструкции клетчатки и флегмоны забрюшинного пространства. Отсутствие фасциальных барьеров способствует быстрому распространению воспалительного процесса в забрюшинной клетчатке, а так же и в стенке кишки в области разрыва, что при отсутствии брюшинного покрова, создает технические трудности при ушивании разрыва и повышает риск развития несостоятельности швов. Мы наблюдали 11 больных с разрывом забрюшинной части двенадцатиперстной кишки, осложненным ретроперитонитом. У 6 больных был разрыв латеральной стенки нисходящей части двенадцатиперстной кишки, у 4 - нижней горизонтальной части, и у 1 - поперечный разрыв кишки под верхними брыжеечными сосудами. Протяженность разрыва составила от 2 см до 4 см. Надежно ушить разрыв кишки, вследствие флегмонозного воспаления стенки при ретроперитоните не удается и сопряжено с высоким риском развития несостоятельности и свища двенадцатиперстной

кишки. Поэтому мы отказались от непосредственного ушивания разрыва. Оперативное вмешательство выполнялось по следующей методике: после мобилизации кишки по Кохеру иссекали переднюю и заднюю стенку кишки по периметру разрыва, оставляя полоску передней и задней стенки шириной около 1 см. После этого формировали дуоденоюноанастомоз «бок в - бок» с выключенной по Ру петлей тощей кишки 2-хрядным швом. Зону анастомоза дренировали назодуоденальным двухпросветным зондом с активной аспирацией. Забрюшинное пространство санировали, по возможности, полностью удаляя пораженную клетчатку, и дренировали. Микронесостоятельность швов наблюдали у 2 пациентов. Умер 1 пострадавший с тяжелой сочетанной травмой, разлитым гнойным ретроперитонитом, осложнившимся тяжелым сепсисом. При локализации повреждения кишки под брыжеечными сосудами, мы после минимальной мобилизации, кишку прошивали аппаратом УО с двух сторон разрыва, не выводя ее из-под сосудов, и формировали дуоденоюноанастомоз в нисходящей части кишки с выключенной по Ру петлей тощей кишки. В послеоперационном периоде всем пациентам проводилась антисекреторная, антиферментная, антибактериальная, противовоспалительная и иммуностимулирующая терапия.

118. Диагностика и лечение периампулярного рака, осложненного механической желтухой

Кубачев К.Г., Заркуа Н.Э

Санкт-Петербург

ФГБОУ ВО «СЗГМУ им. И.И. Мечникова».

За 2005 – 2013 гг. госпитализировано 997 больных с механической желтухой различного генеза. При дальнейшем обследовании у 305 (30,6%) больных выявлен рак органов гепатопанкреатодуоденальной зоны. Более 62% больных составили лица старше 60 лет. В течение первых трех суток с момента проявления визуальных признаков желтухи были госпитализированы только 6,3% больных. Больше половины больных были госпитализированы после 7 суток от начала визуально выявляемых признаков желтухи. Минимальный уровень билирубина был 75 ммоль/л, максимальный – 913 ммоль/л. Соответственно страдали и другие функции печени. Так уровень общего белка крови ниже 54 г/л был выявлен у 74,4% больных, в том числе – менее 47 г/л – у 28,9%. Повышение уровня АЛТ отмечалось у всех пациентов, причем у 77,4% – более 100 ед/л. Соответствующее повышение щелочной фосфатазы также отмечалось у всех пациентов. Протромбиновый индекс менее 79% был отмечен у 75,7%, а фибриноген менее 3 г/л – у 44% больных. У 59,3% опухоль располагалась в головке поджелудочной железы у 24% - в крючковидном отростке, у 20, 4% - в большом дуоденальном сосочке, у 3,6% - в желчном пузыре, у 7,5% - во внепеченочных желчных протоках и у 1% - в двенадцатиперстной кишке. Среди рака желчных протоков наиболее неблагоприятной является его локализация в зоне конfluence (III A, B и IV тип по Bismuth- Corlett). Из 24 больных с опухолями желчных протоков эта локализация опухоли выявлена у 11 (45%) больных. 10 больных оперированы без предварительного дренирования желчных протоков. Из них двоим пациентам при уровне билирубина менее 80 мкмоль/л была выполнена гастропанкреатодуоденальная резекция (1 умер), восьми - операции внутреннего дренирования (билиодигестивные анастомозы) (умерли 2). Во всех трех случаях причиной

смерти явилась тяжелая печеночная недостаточность, справиться с которой не удалось. Операции, направленные на отведение желчи тем или иным способом, были выполнены 295 больным. 21 больному, вследствие запущенности опухолевого процесса, высокого операционно-анестезиологического риска, наружное отведение желчи явилось окончательным видом вмешательства. 274 больным вторым этапом выполнены различные оперативные вмешательства: билиодигестивные анастомозы -110 больным, ГПДР типа Уипла - 121, ПДР по Траверсо - Лонгмайеру - 4, резекция холедоха - 4, холецистэктомия с атипичной резекцией 4-5 сегментов печени - 2, гемигепатэктомия - 4 и эндоскопическое стентирование желчных протоков - 29 больным. Из 125 больных, которым выполнена панкреатодуоденальная резекция умерли 4 (3,2%). Причиной смерти явились печеночно-почечная недостаточность(2), тромбоэмболия легочной артерии (1), перитонит (1). Из 110 больных, которым выполнены паллиативные вмешательства, умерли 3 (2,7%). В остальных группах больных летальных исходов не отмечено. Таким образом, наличие механической желтухи требует верификации причин его развития. При диагностике опухоли органов гепатопанкреатодуоденальной зоны показано выполнение двухэтапных оперативных вмешательств. На первом этапе выполняется дренирующая манипуляция, которая, в ряде случаев, может явиться окончательным видом хирургического пособия. Радикальные операции выполняются после полной нормализации параметров гомеостаза.

119.Запрограммированная многоэтапная тактика лечения переломов длинных трубчатых костей

Чапурин В.А.

Санкт-Петербург

СПбГУ, медицинский факультет

Актуальность В условиях высокого уровня урбанизации современного общества отмечается неуклонный рост травматизма, в том числе рост тяжелой сочетанной травмы (ТСТ). Медицинские аспекты решения данной проблемы во многих лечебных учреждениях нашей страны остаются нерешенными. Материал и методы В ходе исследования были сформированы 2 группы. Группу №1 составили 99 пострадавших с ТСТ, проходивших лечение в 2013-2014гг. в многопрофильном стационаре г.СПб, где при переломах длинных трубчатых костей применялась тактика ЗМХЛ, в зарубежной литературе – «damage control». В данной группе проводился проспективный анализ данных. Средний возраст в группе – $38,3 \pm 3,4$ лет. Мужчин - 69%. В контрольную группу №2 (ретроспективный анализ данных) вошли 117 пациентов, пролеченных в 2006-2008гг. по традиционной тактике лечения. Средний возраст – $40,8 \pm 2,4$ лет. Мужчин было 65%. В 1й группе с целью объективизации показаний для применения тактики ЗМХЛ в нашем исследовании был применен принцип разделения пострадавших с ТСТ на прогностические группы на основании учета количественных показателей шкал ВПХ-П(МТ), ВПХ-СП. В итоге было выделено три группы: 1 – 38 пострадавших с благоприятным прогнозом (ВПХ-П(МТ) < 6 балла, ВПХ-СП?20 баллов), 2 – 38 случаев с положительным прогнозом (ВПХ-П(МТ)=6-12 баллов, ВПХ-СП= 21-31 балл) и 3 – 23 пациента с неблагоприятным прогнозом (ВПХ-П(МТ) > 12 баллов, ВПХ-СП=32 балла и выше). У пострадавших с благоприятным прогнозом отсутствовал травматический шок, и

все жизненно важные функции находились в состоянии компенсации. Всем пострадавшим данной группы проведено хирургическое лечение переломов костей верхних конечностей в 1-м периоде ТБ: из них интрамедуллярный остеосинтез выполнен 8 (21,0%) пострадавшим, внеочаговый – 30 (79,0%). Характерно, что остеосинтез был выполнен в максимально ранние сроки (в среднем через $2,5 \pm 0,2$ часа после поступления), в полном объеме, малоинвазивным способом. Средняя продолжительность оперативного вмешательства составила 55 ± 10 минут. Пострадавшие с положительным прогнозом представлялись более тяжелой группой, с тяжелым компонентом сочетанной травмы. У 9 (23,6%) из них диагностирован травматический шок. Состояние расценивалось как субкомпенсированное. У всех пострадавших проведен внеочаговый остеосинтез переломов ДТК по тактике ЗМХЛ; продолжительность операции составила $1,5 \pm 0,2$ часа. Наиболее тяжелую группу составили пострадавшие с неблагоприятным прогнозом. Они поступали в состоянии травматического шока, мозговой комы или острой дыхательной недостаточности, у 22 (95,6%) из них диагностированы жизнеугрожающие последствия травмы, по поводу которых выполнялись неотложные или срочные операции на голове, груди, животе или на тазу. Состояние пострадавших этой группы в целом оценивалось как декомпенсированное. Всем пациентам при лечении переломов костей конечностей применялась тактика ЗМХЛ. Результаты Сравнительный анализ ближайших исходов лечения пострадавших в каждой группе показал их достоверные различия по показателям: длительность стационарного лечения, частота развития осложнений и летальность. У пострадавших проспективного массива длительность стационарного лечения на 10 суток меньше: $40,2 \pm 1,5$ и $59,4 \pm 1,7$, соответственно. Частота развития осложнений также меньше в исследуемой группе на 20%: 57,6% и 76,1% соответственно. Летальность в проспективной группе практически в 2 раза ниже, чем в группе, где применялась традиционная тактика лечения: 24,3% и 41,9% соответственно. Выводы В результате проведенного исследования выявлена эффективность тактики ЗМХЛ при лечении пострадавших с ТСТ, сопровождающейся переломами длинных трубчатых костей. Рекомендации Рациональный подход к выбору лечебной тактики, основанный на объективных прогностических критериях по шкалам ВПХ-П(МТ) и ВПХ-СП, убедительно показал свою эффективность на практике, в связи с чем данный алгоритм может быть применен в рутинной деятельности противошоковой службы экстренных стационаров.

120. Улучшение результатов лечения абдоминального туберкулеза в условиях неотложной хирургии

Махмадов Ф.И., Асоев М.С.

Душанбе

Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибн Сино

Цель исследования – Улучшение результатов лечения абдоминального туберкулеза в условиях неотложной хирургии. Материал и методы. В эндохирургическом отделении ГКБ скорой медицинской помощи г. Душанбе в период с 2012 по 2016 г. выполнены 49 видеолапароскопии у больных в возрасте от 16 до 49 лет с подозрением на туберкулез органов брюшной полости. Большинство госпитализированных больных ($n=43$) были направлены из противотуберкулезных лечебных учреждений. Мужчин было 22 (44,9%),

женщин – 27 (55,1%). При поступлении больным выполнялся весь спектр клинко-лабораторных исследований, а также УЗИ брюшной полости и рентгеноскопия грудной клетки и брюшной полости. При УЗИ брюшной полости у всех пациентов выявлялось наличие свободной жидкости, умеренное раздутие петель кишечника и снижение перистальтики. Рентгенологически определялся локальный спазм, спастический дефект наполнения, задержка бариевой взвеси в подвздошной либо слепой кишке, "вздыбленность" петель тонкой кишки, сегментарное расширение петель кишечника. Также всем больным проводилась туберкулиновая проба, которая в 97,9% случаях дала отрицательный результат. При видеолапароскопии использовали введение 3 троакаров при внутрибрюшном давлении 9-12 мм рт.ст. Методика операции заключалась в видеолапароскопической ревизии органов брюшной полости брюшины, кишечника, печени, брыжейки, сальника, органов малого таза с забором материала для гистологического, цитологического, иммуногистохимического исследования, полимеразной цепной реакции и люминесцентной микроскопии, оценки распространенности туберкулезного поражения органов брюшной полости. Результаты. Во всех 49 случаях были выявлены различные формы абдоминального туберкулеза (АТ). Так, в 34 (69,4%) случаях была выявлена гипертрофическая форма АТ, в 10 (20,4%) язвенно-гипертрофическая и в 5 (10,2%) случаев язвенная форма АТ. Все случаи обнаруженного АТ сопровождались наличием перитонита. Так, экссудативный туберкулёзный перитонит, характеризующийся образованием экссудата в брюшной полости был выявлен у всех больных с гипертрофической формой АТ (n=34). Слипчивая форма перитонита отмечалась в основном у больных с язвенно-гипертрофической формой АТ (n=10). Так называемая смешанная форма перитонита имела место у больных с язвенной формой АТ (n=5). Всем больным после диагностической лапароскопии и установления у них АТ выполнялась эвакуация экссудата, при наличии слипчатого или спаечного процесса, последний разделялся в пределах допустимого и в обязательном порядке бралась биопсия. Для биопсии брался максимально крупный бугорок с париетального листка брюшины. Жидкость из брюшной полости также отправлялась на цитологическое исследование. После взятия биопсии и жидкости проводилась аэрация и облучение брюшной полости УФО – лучами. Данные процедуры проводились через тубусы установленных троакаров. В 2 (4,1%) случаях ввиду наличия выраженного и плотного спаечного процесса, и невозможности наложения пневмоперитонеума выполнена лапаротомия. В этих случаях также выполнялось разделение спаек с взятием биопсии. В послеоперационном периоде все больные получали симптоматическую терапию. Контрольные дренажи удалялись на 2 сутки послеоперационного периода, после проведения контрольного УЗИ. Ранних послеоперационных осложнений отмечено не было. Учитывая специфичность процесса все больные по стабилизации общего состояния, для дальнейшего лечения, переводились в специализированные центры. Заключение. Видеолапароскопия является быстрым, недорогим и достоверным методом диагностики АТ, позволяющим выполнить адекватную ревизию органов брюшной полости, произвести обязательный забор материала для лабораторной диагностики, верификацию диагноза и выполнит лечебную функцию, путем проведения аэрации и УФО брюшной полости.

121. Улучшение результатов лапароскопической холецистэктомии у больных со спаечной болезнью

Махмадов Ф.И., Мирбегиев Дж., Назирбоев К.Р.

Цель исследования. Изучение эффективности лапароскопической холецистэктомии у больных со спаечной болезнью. Материал и методы. Исследование основано на анализе 70 больных со спаечной болезнью, которым выполнены лапароскопические холецистэктомии. Возраст больных варьировал от 18 до 82 лет. Женщин было 48 (68,6%), мужчин – 22 (31,4%). Ранее перенесенные операции на верхнем этаже брюшной полости были связаны со следующими патологиями: резекции желудка – 7, ушивание перфорации язв желудка и 12 перстной кишки - 19, эхинококкэктомии из печени – 16, операции по поводу грыжи белой линии живота – 26, травмы и ножевые ранения живота – 2. Из них 24 (34,3%) пациентам ранее было проведено 2 и более операции на верхнем этаже брюшной полости. Сроки перенесенных ранее лапаротомий колебались от 2 до 23 лет. Исследование больных включало клинические, лабораторные, функциональные и инструментальные методы обследования. В 62 (88,6%) наблюдениях пациенты нуждались в симультанной операции – адгезиолизисе. Результаты. В дооперационном периоде обязательной манипуляцией явилось проведение УЗ-исследования, с целью выявления свободного места от спаек для введения первого троакара. При УЗИ независимо от локализации в брюшной полости спайки, имели практически одинаковую эхографическую картину, характер которой определялся степенью выраженности рубцовых изменений. В частности, у 43 (61,4%) пациентов спайки имели эхопозитивные включения вытянутой формы или в виде мелкоочечных образований. У 12 (17,1%) – после эхинококкэктомии (n=5) и ушивание перфорации язв желудка и 12 перстной кишки (n=7) имели картину сливающихся друг с другом спаек формированием небольших глыбчатых конгломератов неправильной овальной конфигурации. Сочетание рубцовых изменений различной формы отмечено у 13 (18,6%) больных. А у 7 (10%) спаечный процесс был представлен эхопозитивным неоднородным тяжом. Введение первого троакара проводилось под УЗ-контролем, после выявления свободного места от спаек. В 16 (22,8%) наблюдениях первый троакар вводился открытым методом по Хассану в умбиликальной точке. Последующие манипуляционные троакары устанавливались под контролем лапароскопа в точках, свободных от спаечного процесса и адекватных для выполнения последующего оперативного вмешательства. Во всех случаях имелась необходимость проведения адгезиолизиса до холецистэктомии, т.к. висцеро-париетальные и висцеро-висцеральные спайки закрывали доступ к желчному пузырю. Суб- и послеоперационных осложнений не было. Средняя продолжительность симультанной операции при адгезиолизисе увеличивалась на 15-30 минут и составила $59,6 \pm 6,1$ мин. Увеличение продолжительности ЛХЭ за счет адгезиолизиса на течение раннего послеоперационного периода не отразилось, но позволило избежать негативных последствий лапаротомии. Среднее пребывание больных на койке после операции составило 4-5 дней. Заключение. При целесообразном применении УЗИ в дооперационном периоде, лапароскопическая холецистэктомия у больных со спаечной болезнью является методом выбора.

122.О проблеме лечения травмы сосудов в русско-японской войне 1904-1905гг.

Максимов И.Б., Галик Н.И., Староконь П.М.

Применение всё более усовершенствованной военной техники приводит к всё более сложным боевым травмам. Перед хирургами со всей остротой встаёт проблема оказания хирургической помощи раненым, в том числе с травмой сосудов. В связи с этим изучение опыта организации помощи и методов лечения раненых с повреждением магистральных сосудов в период войн, в которых участвовала Россия, имеет особое значение для отечественной военно-полевой хирургии. Цель работы. Изучить и проанализировать опыт хирургов в лечении повреждений сосудов в годы русско-японской войны. Материал и методы. Материалы съездов, материалы периодической печати, отчеты и статистические материалы военно-санитарных учреждений; научные методы историко-медицинского описания, системно-структурного анализа, проблемно-хронологического анализа. Результаты. Введение новых средств поражения в русско-японскую войну положило начало новому этапу в развитии военного дела – «линейной стратегии», в связи с чем в медицинскую службу был введен принцип «эвакуации раненого во что бы то ни стало». Хирургическая активность на войсковых этапах была в эту войну ничтожной. Подавляющее большинство раненых эвакуировалось в глубокий тыл без всякой медицинской помощи. Хирургическая работа на передовых и главных перевязочных пунктах сводилась к перевязкам ран и, в неотложных случаях, к крайне редким перевязкам сосудов. Так, по данным Н.В. Склифосовского, на передовых перевязочных пунктах перевязки сосудов были сделаны всего у 0,15% раненых. Это частично объясняется тем, что ранения в сосуды часто не диагностировались так как «первичное кровотечение было невелико», из-за применения японцами малокалиберных пуль, и «они принимались за простые раны мягких частей и раненые под таким диагнозом эвакуировались в резервные госпитали» (Вернер Цёге фон Мантейфель, 1907г.). По данным П.А. Герцена русскими хирургами по поводу травмы крупных сосудов было выполнено всего 219 операций. Летальность составила 15%. О редкости операций на сосудах в эту войну свидетельствует и тот факт, что по материалам, опубликованным в печати, В. Цёге фон Мантейфелю удалось собрать сведения всего лишь о 68 случаях оперативного лечения повреждений магистральных сосудов. Из них 32 случая было из личной практики, 23 – у Борнгаупта, 3 – у Гусева, 3 – у Александрова, 2 – у В. А. Оппеля, 3 – у В. Н. Розанова, и по одному – у Замуровкина, Доброхотова и Заренина. Необходимо отметить, что оперативные вмешательства на крупных сосудах производились преимущественно по методу J. Hunter'a, а методы Antillus'a и Philagrius'a почти не использовались. Итоги хирургической работы во время русско-японской войны были подведены на VII съезде российских хирургов в 1907 г. в Санкт-Петербурге в рамках третьей рекомендованной к рассмотрению темы «Военно-полевые повреждения», в которой были рассмотрены вопросы хирургии сосудов. В качестве программных были заслушаны доклады: «О повреждении сосудов» одного из ведущих хирургов русской армии, профессора Дерптского университета В.Г. Цёге фон Мантейфеля, «К вопросу о ранении сосудов и строении травматических аневризм» хирурга-консультанта А.Б. Арапова, и «О лечении травматических аневризм перевязкой сосуда выше места аневризмы» хирурга-консультанта П.А. Розова. Также на съезде заслушано и обсуждено сообщение В.В. Караффа-Корбут «К патологической анатомии травматических аневризм». В докладах были разобраны виды ранений сосудов, их исходы, причины вторичных кровотечений, патологическая анатомия травматических аневризм, способы подготовки коллатералей к операциям при аневризмах, различные методы хирургической помощи. В прениях выступили В.А. Оппель, М.Г. Штейнберг, А.А. Введенский и др. Участники съезда пришли к выводу, что хирургическая помощь раненым с повреждениями магистральных кровеносных стволов во время русско-японской войны

была не на должной высоте. Причем ошибки допускались как в тактике и стратегии хирургического вмешательства, так и в организации оказания хирургической помощи раненым. Подвергнут острой критике метод перевязки артерий по методу J. Hunter'a (перевязка магистральной артерии на протяжении «между сердцем и раной»), известный с незапамятных времен, нередко приводивший к тяжелым осложнениям - гангрене конечности и повторным кровотечениям. В качестве наиболее эффективного метода, применявшегося в эту войну, был отмечен метод перевязывания центрального и периферического концов артерии в ране. Метод определения коллатерального кровообращения конечности, разработанный Н.С. Коротковым, получил общее признание. Было также установлено принципиальное положение — каждая травматическая аневризма во избежание вторичного кровотечения подлежит отсроченному хирургическому вмешательству, а при развитии оно — экстренному. Исторически важной была констатация практически полного отсутствия применения сосудистого шва при боевых повреждениях сосудов. Таким образом, доклады и выступления участников съезда помогли выяснить многие стороны проблемы сосудистой травмы. Заключение. В русско-японскую войну хирургами приобретён большой опыт лечения сосудистой травмы и внесён значительный вклад в дело лечения ранений сосудов.

123. Частота встречаемости тромбоза ветвей дуги аорты в отделении ультразвуковой диагностики

Бахметьев А.С. (1), Двоенко О.Г. (1), Курсаченко А.С. (1), Сухоручкин А.А. (2)

1) Саратов, 2) Кирсанов

1) ФГБОУ ВО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России, 2) ООО "Бизнесстрой" частная клиника "Медицинский центр"

Цель: выявить частоту встречаемости артериальных тромбозов ветвей дуги аорты у взрослых пациентов, проходивших триплексное сканирование брахиоцефальных артерий (ТС БЦА) в отделении ультразвуковой диагностики. Материал и методы. Обследованы 2400 пациентов с преимущественными жалобами на головную боль, головокружения и шум в ушах. Ультразвуковое ангиосканирование проводилось на сканерах экспертного класса Siemens SC2000 Prime и Philips HD 11XE на базе отделения ультразвуковой и функциональной диагностики Клинической больницы им. С.Р. Миротворцева СГМУ (Кафедра лучевой диагностики и лучевой терапии им. Н.Е. Штерна). Мужчин было 1145, женщин - 1255. Средний возраст пациентов – 49,6 лет (min-18; max-92). Исследованию подверглись в равной степени как находящиеся на стационарном лечении в неврологическом, кардиологическом и терапевтическом отделениях клиники СГМУ, так и амбулаторные пациенты. Подавляющее количество пациентов было первично направлено неврологами в плановом порядке. Исследование проводилось по стандартной методике с оценкой диаметра, кровотока и наличия внутрисосудистых образований. Визуализировали общие, наружные, внутренние сонные артерии, позвоночные артерии и начальные сегменты подключичных артерий с обеих сторон. Из исследования были исключены пациенты, имеющие тромботическое поражение одной из артерий дуги аорты в анамнезе. Результаты. Тромбоз ветвей дуги аорты выявлен у 50 пациентов (2,08%). В 45 случаях (1,88%) мы столкнулись с окклюзивным поражением и в 5 – с пристеночным. Острые

нарушения мозгового кровообращения (ОНМК) в бассейне пораженной артерии развились у 33 пациентов (1,38%). На долю бассейна внутренних сонных артерий (ВСА) пришлось 34 случая (1,4%). У 32 пациентов (1,33%) тромбоз носил окклюзивный характер и был пролонгирован до краниального уровня. В двух случаях лоцировалось совместное атеротромботическое поражение с наличием критического стеноза (более 90%) устья ВСА. Анализ вероятных причин показал наличие нестабильных гетерогенных атеросклеротических бляшек (АСБ) в большинстве случаев (26 пациентов). После проведения каротидной эндартерэктомии (КЭАЭ) атеротромбоз на фоне рестеноза выявлен у 12 больных (ОНМК в бассейне ипсилатеральной ВСА в 10 случаях). Динамическое наблюдение за 3 пациентами после проведения КЭАЭ продемонстрировало эволюционное развитие начиная от гиперплазии миоинтимального слоя в месте интервенции с последующим образованием АСБ (рестеноз) с гиперподвижным флотирующим элементом и следующим за этим окклюзионным атеротромботическим поражением ВСА (ишемический инсульт в 2 случаях и транзиторные ишемические атаки у третьего пациента). Не было выявлено корреляции между размерами АСБ и последующим тромбозом артерии. Напротив, чаще мы сталкивались с выявлением тромботического поражения в месте изначально гемодинамически-незначимой АСБ с гетерогенной «нестабильной» структурой (наличие гипозоногенного компонента в центральном комплексе АСБ с высокой частотой служило независимым предиктором дальнейшего совместного атеротромботического поражения ВСА). В 9 случаях (0,38%) окклюзивный тромбоз был выявлен в общей сонной артерии (у 3 пациентов совместное тромботическое поражение общей и внутренней сонных артерий). Подключичная артерия оказалась тромбированной у 4 больных (0,16%), причем в двух случаях тромбоз носил неокклюзивный характер. На долю позвоночных артерий пришлось 3 случая (0,13%). Отметим, что у двух пациентов выявлен окклюзивный тромбоз на всем экстра- и интракраниальном протяжении позвоночных артерий (ишемический инсульт в вертебробазилярном бассейне в обоих случаях). Неокклюзивный тромбоз правой позвоночной артерии обнаружен у пациента 66 лет с частыми транзиторными атаками. Все пациенты консультированы ангиохирургом и направлены в профильное отделение сосудистой хирургии. Выводы. В общей структуре тромботическое поражение ветвей дуги аорты выявлено в 2,08% случаев. Наиболее часто поражаемой тромботическими отложениями артерией является ВСА. По результатам работы наблюдается отчетливая связь атеротромботического поражения с изначально имеющейся «нестабильной» АСБ. Реже всего окклюзивный тромбоз затрагивает позвоночные артерии (2 случая). В большинстве случаев тромботическое поражение ветвей дуги аорты сопровождалось развитием ОНМК.

124. Применение аппарата SONOCA-185 при панкреонекрозе.

Зайнутдинов А.М., Малков И.С.

г. Казань

КГМА - филиал ФГБОУ ДМО РМАНПО Минздрава России

У погибшего пациента И., который находился на лечении в отделении хирургии № 2 и реанимации ГАУЗ ГKB № 7 города Казани с 02.11.16 по 13.04.17 с диагнозом: Острый

гнойный панкреонекроз, тяжелое течение, гнойный парапанкреатит, гнойный параколит, забрюшинная флегмона справа, эрозивный гастрит, кровопотеря легкой степени тяжести. Вторичный гнойный менингоэнцефалит, стадия разрешения с исходом в вегетативное состояние, двухсторонний гнойный пансинусит, двухсторонняя полисегментарная пневмония во время интенсивного хирургического лечения было проведено 6 сеансов обработки полостных образований забрюшинных пространств аппаратом SONOCA – 185. Обработка проводилась в сформированных полостных образованиях после вскрытия абсцессов забрюшинного пространства и в области дренажей сальниковой сумки с режимом работы аппарата от 0 до 20% и от 20% до 40% в течении 1,5 минуты. После патологоанатомического вскрытия проведены гистологические исследования поджелудочной железы на которых выявлено группа сохранившихся лангергансовых островков среди соединительной ткани. По данным гистологии определяется атрофия паренхимы поджелудочной железы, разрастание межучной соединительной ткани с лимфоидной инфильтрацией соединительной ткани. В области поджелудочной железы имеется липоматоз с очагами атрофии поджелудочной железы. По гистологической картине имеется панкреонекроз в фазе репарации. Под влиянием ультразвуковой обработки аппаратом SONOCA-185 при инфицированном панкреонекрозе с режимом работы аппарата от 0 до 20% и от 20% до 40% в течении 1,5 минуты по данным гистологии демонстрируется купирование воспаления в поджелудочной железе и парапанкреатической клетчатки в виде атрофии паренхимы поджелудочной железы, разрастание межучной соединительной ткани с лимфоидной инфильтрацией соединительной ткани, липоматоза поджелудочной железы, сохраненных лангергансовых островков среди соединительной ткани. Инфицированные полостные образования интенсивно очищены от гноя, ликвидирован гнойный выпот, ликвидирован налет фибрина, отмечается активная эпителизация. Таким образом, по полученным гистологическим данным ультразвуковая обработка SONOCA-185 с режимом работы аппарата от 0 до 20% и от 20% до 40% в течении 1,5 минуты эффективна при обработке полостных образований при инфицированном панкреонекрозе.

125. Технология единого лапароскопического доступа в хирургии острого аппендицита

Юдин В.А., Мельников А.А., Осипов В.В., Иванов В.В., Мельникова И.А., Бровкин О.А., Жарков А.Н., Камаева В.Ю., Костина Н.С., Щанкин Д.В., Григорян В.А.

Рязань

ГБУ РО "ОКБ"

Введение. Аппендэктомия - одна из часто выполняемых операций в ургентной хирургии. Согласно национальным клиническим рекомендациям по лечению острого аппендицита у взрослых в качестве метода первого выбора аппендэктомии рекомендована лапароскопическая аппендэктомия. В последние годы все чаще используется технология единого лапароскопического доступа через единственный разрез в параумбиликальной области, что наряду с преимуществами лапароскопического доступа (уменьшает срок госпитализации пациента, уменьшает количество осложнений, включая внутрибрюшные абсцессы и кишечную непроходимость) позволяет выполнять операцию с превосходными косметическими результатами. В исследовании отражена сравнительная оценка

результатов аппендэктомий выполненных в клинике за период с 2016г. с использованием стандартного лапароскопического и единого лапароскопического доступов. Материал и методы. Выполнен анализ результатов лечения пациентов с острым аппендицитом, оперированных в отделении хирургии №2 ГБУ РО «ОКБ» за период с 2016г. Всего выполнено 124 лапароскопических аппендэктомии, из них 32 (25,8%) с использованием единого лапароскопического доступа. В 106 (85,5%) случаях операция выполнена при флегмонозном воспалении червеобразного отростка, в 6 (4,8%) при гангренозном, в 12 (9,7%) катаральном. Все операции по технологии единого лапароскопического доступа выполнены в течение первых 24 часов с момента начала заболевания, когда изменения червеобразного отростка соответствовали флегмонозному аппендициту. Результаты и их обсуждение. Оценка результатов аппендэктомий, выполненных по технологии единого лапароскопического доступа и стандартного лапароскопического доступа показало, что среднее время операции составило 52 минуты (диапазон 25-84 минут) и 50 минут (диапазон 20-102 минуты) соответственно ($p = 0,5$). Средняя потеря крови была на уровне 0 мл (диапазон 0-50 мл и 0-75 мл соответственно) ($p = 0,3$). Среднее послеоперационное пребывание в больнице составляло 3 дня (диапазон 2–5 дней) и 4 дня (диапазон 3–7 дней) соответственно ($p = 0,7$). Послеоперационные осложнения развивались в 6,25% (2/32) пациентов в группе единого лапароскопического доступа и 6,5% (6/92) пациентов в группе стандартного лапароскопического доступа ($p = 0,1$). Раневая инфекция развивалась в 3,1% (1/32) и 4,3% (4/92) соответственно ($p = 0,05$), в то время как интраабдоминальный абсцесс развился только при стандартной лапароскопической аппендэктомии в 1,1% (1/92) ($p = 0,1$). Другие осложнения, отмечены не были. В этом исследовании было два важных клинических наблюдения. Во-первых, оперативное время выполняемого оперативного вмешательства по технологии единого лапароскопического доступа сопоставимо с выполнением стандартной лапароскопической аппендэктомии. Во-вторых, сопоставима вероятность развития послеоперационных осложнений, что позволяет рекомендовать технологию единого доступа для выполнения аппендэктомии. Данное исследование имеет свои особенности: оно одноцентровое и ретроспективное. Большое значение приобретает выбор пациентов для аппендэктомии по технологии единого лапароскопического доступа: во всех случаях с момента ухудшения состояния до операции прошло менее 24 часов. Различие результатов операции между этими двумя группами сложно обнаружить, потому что в исследовании использован однофакторный анализ. Несмотря на эти особенности, представленный анализ позволит чаще рекомендовать к использованию в хирургии острого аппендицита технологию единого лапароскопического доступа. Выводы. Технология единого лапароскопического доступа при остром аппендиците сопоставима с возможностями стандартной лапароскопической аппендэктомии.

126. Хирургический подход в диагностике и лечении перфораций дивертикулов тощей кишки.

Юдин В.А., Мельников А.А., Осипов В.В., Мельникова И.А., Мокрова А.В., Когина А.Н.

Рязань

ГБУ РО "ОКБ"

Введение. Дивертикулы тощей кишки встречаются редко. Перфорация дивертикула – крайне опасное осложнение дивертикулярной болезни. Более чем у 80% пациентов перфорация дивертикула наступает внезапно и является первым проявлением патологии. Задержка диагноза при таком состоянии может стать фатальной. Выполнение лапароскопии при сохраняющихся болях в животе, особенно у пожилых пациентов, позволяет своевременно диагностировать это грозное осложнение. Презентация случаев. В марте и мае 2017г. в отделении хирургии №2 ГБУ РО «ОКБ» находились на лечении 2 больных с жалобами на интенсивные боли в животе, преимущественно в левой половине. Пациентки 67 и 84 лет, госпитализированы через 12 и 18 часов с момента ухудшения соответственно. В первом случае преобладали жалобы на острое начало заболевания, а во втором (у 84 летней пациентки) отмечается постепенное нарастание болевого синдрома. При обследовании в приемном покое выполнялось УЗИ брюшной полости, при котором свободной жидкости в брюшной полости не выявлено. На обзорных Rg-граммах брюшной полости патологических уровней жидкости и газа у пациенток также не выявлено. В крови лейкоциты $14,4 \cdot 10^9/\text{л}$ и $4,8 \cdot 10^9/\text{л}$ соответственно. Пациенткам в срок до 3х часов с момента госпитализации выполнена диагностическая лапароскопия в связи с появлением перитонеальных симптомов. В обоих случаях, при осмотре тонкой кишки, в 20см от связки Трейтца, выявлен фрагмент тощей кишки (длиной до 50см), с множественными дивертикулами, размером максимально до 3-4см в диаметре, расположенными как по брыжеечной, так и противобрыжеечной поверхности. При этом в одном из дивертикулов участок некроза 0,5см с точечным перфорационным отверстием и подтеканием кишечного содержимого. В обоих случаях в области левого латерального канала до 100мл мутного серозного выпота с единичными хлопьями фибрина - осушен. Интраоперационно установлен диагноз: Дивертикулы тощей кишки с перфорацией. Диффузный серозно-фибринозный перитонит. Пациенткам выполнена лапаротомия с последующей резекцией участка тощей кишки с дивертикулами и зоной перфорации. Межкишечный анастомоз в обоих случаях сформирован по типу конец в конец однорядным обвивным швом. Послеоперационный период протекал гладко. Обе пациентки выписаны в удовлетворительном состоянии на 5 сутки. Гистологическое заключение подтвердило наличие дивертикулеза тощей кишки, дивертикулит с перфорацией. Обсуждение. Распространенность дивертикулов тощей кишки по данным авторов (Kassir R. et al., 2015; Staszewicz W., et al., 2015) колеблется от 0,06% до 1,3%. Заболевание протекает бессимптомно, и зачастую именно осложнение приводит пациента в медицинское учреждение (Зайцева Е.В. и др., 2009; Пасечников В.Д., Чуйков С.З., 2005). Перфорация дивертикула требует соответствующего оперативного лечения. Предложены различные хирургические методы (El-Haddawi F., Civil I., 2015; Woubet T.K., et al., 2007): 1) ушивание перфорации (в том числе с дополнительной фиксацией большого сальника); 2) инвагинация дивертикула; 3) сегментарная резекция измененного участка тонкой кишки. Первые два метода вызывают сомнения, так как сохраняется возможность рецидива заболевания (Kassir R. et al., 2015). При наличии осложнений именно резекция измененного участка кишки выглядит предпочтительным вариантом операции. Заключение. Дивертикулы тощей кишки могут явиться источником инфицирования брюшной полости у пожилого пациента. Заболевание сложно диагностировать, поэтому важно рассматривать перфорацию дивертикула как причину острой боли в животе. Активная хирургическая тактика, в том числе с применением современных лапароскопических технологий на диагностическом этапе, позволяет улучшить результаты лечения пациентов с перфорацией дивертикулов тощей кишки. Вариантом хирургического лечения в этом случае следует рассматривать сегментарную резекцию измененного участка тонкой кишки.

127.Тонкоигольная аспирационная биопсия в лечебной тактике при узловых образованиях щитовидной железы

Кухтенко Ю.В., Косивцов О.А., Михин И.В., Рясков Л.А., Абрамян Е.И.

Волгоград

Волгоградский государственный медицинский университет

Актуальность. По современным данным частота узловых новообразований щитовидной железы (ЩЖ) у лиц старше 45 лет превышает 50%, и их увеличение, несомненно, связано с развитием технологий в ультразвуковой диагностике. Одним из объективных факторов, определяющих показания к операции на ЩЖ, является такое заключение цитологического исследования, как фолликулярная опухоль (ФО). Фолликулярная аденома и фолликулярный рак ЩЖ имеют схожие цитологические признаки, что создает определенные сложности в дифференциальной диагностике фолликулярных образований и выборе объема хирургического вмешательства на дооперационном этапе. Именно ранняя диагностика рака ЩЖ и дифференциальная диагностика его с узловым коллоидным зобом и другими заболеваниями ЩЖ, сопровождающимися узлообразованием, является наиболее актуальной проблемой. Однако, не смотря на наличие множества документов, регламентирующих алгоритмы диагностики и лечения узловых образований ЩЖ, существуют определенные проблемы. В условиях увеличивающегося потока пациентов вопросы дооперационной диагностики и выбора оптимального способа лечения остаются наиболее актуальными. Материалы и методы. В период с 2010 по 2015 год в клинике хирургических болезней педиатрического и стоматологического факультетов ВолГМУ 1047 больным с различными узловыми заболеваниями ЩЖ выполнено комплексное обследование, включающее пункционную тонкоигольную аспирационную биопсию (ПТАБ) под ультразвуковым контролем, с последующим хирургическим лечением. Проведен коррелятивный ретроспективный анализ результатов цитологического заключения. Критерием выбора узла для ПТАБ были клинические и физикальные данные. Заключительный морфологический диагноз установлен по результатам послеоперационного планового гистологического исследования удаленной ткани ЩЖ. Проведен сравнительный анализ результатов дооперационных цитологических и послеоперационных гистологических заключений. Полученные результаты. Результаты исследования клеточного состава материала, полученного при ПТАБ, показали, что у большей части больных – 651 (62,2%), имелись доброкачественные заболевания ЩЖ, включающие в себя узловой коллоидный пролиферирующий зоб и аутоиммунный тиреоидит (АИТ). ФО на дооперационном этапе цитологически верифицирована нами у 396 (37,8%) больных из которых фолликулярная аденома – 305 (29,1%) больных, фолликулярный рак – у 38 (3,6%) больных, папиллярный рак ЩЖ – 38 (3,6%) больных, медуллярный рак ЩЖ – 15 (1,5%) больных. При этом фолликулярный рак встречался в 1,5 раза чаще у больных пожилого и старческого возраста. При послеоперационном гистологическом исследовании удаленной ткани ЩЖ было выявлено, что лишь у 601 (92,3%) больного было подтверждено доброкачественное заболевание ЩЖ (коллоидные узлы, АИТ). Злокачественные заболевания ЩЖ верифицированы у 446 (21,2%) больных. Обсуждение. При сравнении результатов с заключением рак ЩЖ, полученных при ПТАБ и гистологическом исследовании удаленной ткани ЩЖ у 50 (7,7%) больных имелось ложноотрицательное заключение о злокачественном характере узлового образования, а у 50 (7,7%) больных

ложноположительное заключение. Таким образом, чувствительность ПТАБ в диагностике злокачественных образований ЩЖ составила 92,3%, при этом ложноотрицательные и ложноположительные результаты получены в 15,4% случаев суммарно. Выводы и рекомендации. Лечебная тактика при узловых образованиях ЩЖ должна определяться не столько результатом цитологического исследования, качество которого зависит от множества субъективных и объективных причин, сколько совокупностью клинических признаков учитывающих анамнестические, физикальные, инструментальные и морфологические данные объединенных с опытом хирурга. Окончательно определить доброкачественный или злокачественный характер фолликулярных образований, можно лишь при послеоперационном гистологическом исследовании, основываясь на наличии или отсутствии инвазии капсулы ЩЖ или сосудов.

128. Радиочастотная облитерация вен в лечении варикозной болезни. Преимущества и недостатки.

Толстихин В.Ю.(1,2), Макарова А.О.(1), Макушев Д.И. (1)

Красноярск

1- «Центр современной флебологии и профилактической медицины». 2 - КрасГМУ им. проф. В.Ф. Войно – Ясенецкого.

Цель: оценить результаты лечения пациентов с варикозной болезнью методом радиочастотной облитерации вен. Материалы и методы: результаты были изучены у 309 пациента с варикозной болезнью нижних конечностей C2s-C5s клинических классов по классификации CEAP, находившихся на лечении в «Центре современной флебологии и профилактической медицины». Диагностика состояния вен нижних конечностей проводилась на основании клинического осмотра и данных ультразвукового ангиосканирования. Радиочастотная облитерация (РЧО) проведено 309 пациентам (237 в системе БПВ и 72 в системе МПВ, в 32 случаях с поражением двух вен). Диаметр БПВ в области сафено- феморального соустья от 5 до 25 мм. Диаметр МПВ в приустьевой зоне находился в диапазоне 4 - 12 мм. По типу строения БПВ на уровне бедра относительно фасцилярного ложа пациенты распределились следующим образом: более половины пациентов 149 (63%) имели i- тип строения, h-тип строения был у 66 (28%), и s – тип строения отмечен в 22 (9%) случаях. Основными критериями исключения для проведения РЧО являлся большой диаметр вены в зоне устья, грубые посттромботические изменения в зоне предполагаемой облитерации. Деформация стволов подкожных вен не повлияла на выбор методики хирургической манипуляции. Процедура термооблитерации проводилась по технологии Venefit™ с использованием стандартных катетеров ClosureFast длиной 60 и 100см. Манипуляции проводились под тумесцентной анестезией с постоянным УЗИ мониторингом. В зависимости от диаметра БПВ в/3 бедра, определяли количество циклов термического воздействия (от 2 до 6 циклов) при прохождении дистального отрезка вены. Для облитерации ствола использовали от 2 до 4 циклов. В послеоперационном периоде использовали компрессионный трикотаж 2 класса (MEDI) в течение 2-4 недель. С целью профилактики венозных тромбоэмболических осложнений использовали НМГ в рекомендованных дозах в течение 5-7 суток. Наблюдение за пациентами осуществляли через 1, 7 дней, 1, 6, 12 месяцев. Результаты и обсуждение: В результате проведенного

лечения все пациенты отметили улучшение клинической симптоматики. По данным УЗДС исследования после операции зафиксирована окклюзия венозных магистралей на протяжении. При проведении ангиосканирования через 12 месяцев после процедуры у большинства исследуемых контуры венозных магистралей не прослеживаются. У двух больных, с большим диаметром устья БПВ (до 25 мм), выявлена длинная культя на протяжении 6 и 8 см. Следует отметить, что ствол БПВ был облитерирован и клинические проявления венозной недостаточности у пациентов уменьшились. Из значимых осложнений в пяти случаях отмечена пигментация кожи по ходу венозной магистрали у пациентов с близким к коже расположением вен (s- и h- типом БПВ). 25 пациентов отметили преходящие парестезии на бедре или голени. Умеренное снижение повседневной физической активности отмечалось в течение 1- 2 дней. Выводы: Радиочастотная облитерация вен (РЧО) по технологии Venefit™ является эффективным методом лечения пациентов с варикозной болезнью. После проведения РЧО сохраняется стойкая окклюзия магистральных подкожных вен. Методика сопровождается минимальными осложнениями. При отборе больных на процедуру (РЧО) следует обращать внимание на диаметр вены в зоне предполагаемой операции, при больших диаметрах использовать альтернативные методы лечения. Проведение радиочастотной облитерации вен сопровождается быстрым восстановлением физической активности пациентов.

129. Результаты консервативной терапии «критической ишемии» нижних конечностей

Червяков Ю.В., Власенко О.Н., Ха Х. Н.

Ярославль

ГБОУ ВПО «Ярославский Государственный медицинский университет» МЗ РФ

Актуальность: «Критическая ишемия» нижних конечностей на фоне атеросклероза магистральных артерий в Российской Федерации встречается у 80-90 тысяч пациентов ежегодно. Современные хирургические методы лечения (открытые и эндоваскулярные) возможно выполнить далеко не всем пациентам. Поэтому консервативное лечение не утратило своей значимости. Цель исследования: дать оценку отдаленных результатов консервативного лечения «критической ишемии» нижних конечностей (КИНК) III степени по классификации А.В. Покровского-Фонтейна при атеросклерозе артерий согласно «Национальным рекомендациям по лечению больных с ХОЗАНК» (2010г) на протяжении 5 лет наблюдения. Материал и методы: С 2010 по 2015 годы на базе двух лечебных учреждений (ГБУЗ ЯО "ОКБ", ГБУЗ ЯО "ЯОКГВВ) проводилось консервативное лечение и динамическое наблюдение за 34 больными с атеросклерозом артерий нижних конечностей инфраингвинальной локализации. Мужчин - 21, женщин - 13. Возраст пациентов от 53 до 78 лет, в среднем $68,1 \pm 4,8$. Длительность заболевания при включении в исследование в среднем равнялась $4,5 \pm 1,4$ года. Из сопутствующих заболеваний: гипертоническая болезнь выявлена у 31 пациента, ИБС в 15 случаях, СД 2 типа - 4, патология легких - 5. Методы обследования: Тредмил-тест со скоростью 3 км/час до появления болей в нижних конечностях; ультразвуковое ангиосканирование и доплерография артерий ног. За основные критерии оценки эффективности лечения принимались: сохранность конечности и изменение дистанции безболевой ходьбы (ДБХ),

за вторичные – изменения линейной скорости кровотока (ЛСК) по берцовым артериям в н/3 голени и лодыжечно-плечевого индекса (ЛПИ). Результаты: Исходно, при включении больных в исследование, во время госпитализации все пациенты проходили курс лечения препаратами группы Простагландина Е1 от 40 до 60 мкг в сутки в/в капельно в течение 15-20 дней. Во всех наблюдениях удалось купировать проявления КИНК. В дальнейшем, на протяжении всего периода наблюдения проводилось следующее лечение: статины в дозировке подобранной индивидуально (целевые значения ОХ менее 4,0 ммоль/л, ЛПНП менее 1,6 ммоль/л); препараты ацетилсалициловой кислоты 75-100 мг в сутки; дозированная ходьба на расстояние 1-2 км в день; препараты, рекомендованные для лечения сопутствующей патологии. Только у 8 пациентов (24%) на протяжении последующих пяти лет после первого курса лечения, рецидива КИНК не отмечено. В 20 случаях (59%) отмечались рецидивы КИНК от одного до трех раз в год, что требовало повторных госпитализаций для прохождения аналогичного курса лечения препаратами группы Простагландина Е1. В 6 (18%) наблюдениях в сроки от одного до четырех лет отмечено прогрессирование заболевания с формированием гангрены стопы, что в дальнейшем потребовало выполнения высокой ампутации. Исходно среднее значение ДБХ равнялось 23±9 м. В последующие пять лет наблюдения отмечен небольшой рост показателя. После первого года ДБХ составила 30±12 м. К концу пятого года показатель стал равен 38±12 м (р=0,05). Значимой динамики в показателях ЛПИ и ЛСК отмечено не было. Исходно ЛПИ составил 0,31±0,04, к концу наблюдения 0,31±0,02. ЛСК изначально равнялась 13,3±3,7, через 5 лет показатель снизился до 12,2±3,5 см/сек. Выживаемость в группе составила 88,2%. Сохранность конечности составила 82%. Выводы. Консервативное лечение пациентов с КИНК III степени на протяжении пятилетнего наблюдения, имеет достаточно высокую эффективность в плане сохранности конечности – 82%. Но, к сожалению, у большей части больных (59%) отмечаются рецидивы КИНК, что требует повторения курсов стационарного лечения. Современная консервативная терапия практически не влияет на ДБХ (основное проявление хронической ишемии) и поэтому качество жизни больных остается низким. Необходим дальнейший поиск новых современных вариантов лечения данной группы пациентов. Определенные положительные результаты показывает использование генной терапии.

130. Опыт лечения пациента с синдромом Бурхаве.

Клочнева Е.А., Сычев Д.И.

Тамбов

ТОГ БУЗ “Тамбовская ЦРБ”

Синдром Бурхаве (спонтанный разрыв пищевода, нетравматический разрыв пищевода, барогенный разрыв пищевода, апоплексия пищевода, “банкетный пищевод”)- спонтанный разрыв всех слоев стенки пищевода, сопровождающийся резкой болью в груди и (или) в надчревной области, иррадиирующей в спину. Характерными для синдрома считаются: расстройство глотания, рвота, затруднение дыхания, развитие шока. Впервые этот синдром был описан в 1724 году голландским врачом Германом Бурхаве, а прижизненный диагноз впервые поставил V. Muers в 1958 году. Своевременная диагностика этого серьезного заболевания представляет большие трудности из-за его редкости, разнообразия

клинических проявлений, часто симулирующих различную патологию со стороны других органов, а также неосведомленность большинства врачей. В мировой медицинской литературе к 1998 году описано чуть больше 300 случаев этого заболевания. Спонтанные разрывы пищевода являются редко встречающимся заболеванием и составляют 2-3% всех случаев повреждений пищевода, чаще возникают у мужчин старше 50 лет и у 40% из числа больных, злоупотребляющих алкоголем. Актуальность проблемы заключается в высокой летальности при данной патологии, которая возникает из-за трудностей диагностики данного заболевания. Следует отметить, что даже при установленном при жизни диагнозе, послеоперационная летальность, при адекватном хирургическом лечении, достигает 25-85%, что во многом определяется временем, прошедшим с момента разрыва пищевода и развитием при поздней диагностике тяжелых гнойных осложнений. Целью данного сообщения является описание успешного опыта лечения пациента с таким редким заболеванием, как синдром Бурхаве. Материал и методы: пациент К 73 лет находился на стационарном лечении в хирургическом отделении ТОГ БУЗ «Тамбовская ЦРБ» с 30.04.2013 по 12.08.2013. Установлен диагноз: Синдром Бурхаве. Медиастинит. В анамнезе в 1975 году резекция 2/3 желудка по поводу язвенной болезни желудка, осложненной кровотечением. Страдает гипертонической болезнью, дисциркуляторной энцефалопатией, ишемической болезнью сердца, хроническим бронхитом, вне обострения. Заболел остро 30.04.2013 года, когда отметил появление тошноты, рвоты по типу «кофейной гущи», боль в животе, боль за грудиной, слабость, черный стул. Пациент был доставлен в стационар по скорой медицинской помощи через 5 часов от момента заболевания. Верификация диагноза произошла на этапе выполнении рентгенографии пищевода и желудка – разрыв н/з пищевода, пневмомедиастинум. Из-за тяжести состояния при поступлении в стационар (гипотония АД 100 и 60 мм.рт. ст., явлений состоявшегося желудочно-кишечного кровотечения- пептические язвы гастроэнтеранастомоза, F2c и синдром Меллори – Вейса при ЭГДС, снижение гемоглобина до 100г/л, явлений почечной недостаточности- креатинин 134 мкмоль/л, мочевины 10,0 ммоль/л), а также выставленного при поступлении диагноза синдром Бурхаве, пациент доставлен в отделение реанимации. Спустя 10,5 часов от момента заболевания после предоперационной подготовки выполнена операция в объеме – лапаротомия, разделение спаек, ушивание перфорации пищевода, фундопликация по Ниссену, спленэктомия, санация и дренирование брюшной полости. Линейный разрыв размером 1,0x0,5 см локализовался на левой стенке пищевода в 2 см выше кардиального жома. При ревизии заднего средостения эвакуировано около 50 мл мутного выпота. Спленэктомия выполнена в связи с интраоперационным повреждением капсулы селезенки при мобилизации дна желудка из спаечного процесса в верхнем этаже брюшной полости. В послеоперационном периоде больной находился в отделении реанимации, где продолжалось посиндромное лечение. На 11 сутки у пациента развилась клиническая картина несостоятельности швов ушивания перфорации н/з пищевода (при рентгенографии пищевода и желудка – затек контрастного вещества в средостение и по дренажам, на УЗИ органов брюшной полости – свободная жидкость по правому латеральному каналу в брюшной полости). Выполнена экстренная операция – релапаротомия, ревизия органов брюшной полости, ушивание несостоятельности швов н/з пищевода, еюностомия по Майдлю, санация и дренирование брюшной полости. Состояние пациента после дважды выполненных операций оставалось тяжелым, учитывая развившуюся правостороннюю нижнее долевую сегментарную пневмонию (на 11 – е сутки от момента госпитализации в стационар), анемию с падением уровня гемоглобина до 72 г/л, почечную недостаточность- креатинин 145 мкмоль/л, мочевины 12,2 ммоль/л, гипопропротеинемию с уровнем общего белка 54 г/л. За время пребывания в реанимации больному перелито 605 мл одногруппной эритроцитарной массы, 2640 мл свежезамороженной плазмы, смена антибиотиков с трехкомпонентной (в/в метрогил по 100 мл x 2 раза в сутки, в/в цефтриаксон 2,0x 1 раз в сутки, амикацин 1,5 г в сутки в/м до

10 суток) на меропинем по 1,0x3 раза в сутки в/в до 10 суток, антисекреторная терапия, инфузионная терапия в объеме до 4 литров в сутки, парентеральное питание, затем питание через энтеростому, гепаринопрофилактика, витаминотерапия, ноотропы, периодическая вазопрессорная поддержка мезатоном и дофамином, ЛФК. На 18 сутки от момента релапаротомии пациенту в связи с полной подкожной эвентрацией в послеоперационную рану выполнена операция – ушивание эвентрации послеоперационной раны. По стабилизации состояния пациент переведен в хирургическое отделение спустя 2 месяца с момента госпитализации в стационар, где продолжено лечение. Через 2,5 месяца с момента выполнения повторной операции больному произведено иссечение тонкокишечного свища (закрытие энтеростомы) с восстановлением полного пассажа по кишечнику. Результаты. Пациент выписан из стационара в относительно удовлетворительном состоянии через 3,5 месяца с момента поступления. Жалоб не предъявляет. Температура тела в норме. Гемоглобин 96 г/л, явлений полиорганной недостаточности нет. Местно: область послеоперационной раны заживает вторичным натяжением. Размеры раны 14,0x9,0 см, активно гранулирует со дна, эпителизация с краев раны. Рекомендовано амбулаторное лечение у хирурга, терапевта, невролога по месту жительства. Выводы. Синдром Бурхаве является редким в диагностике и лечении заболеванием, требующим своевременного хирургического вмешательства, как на этапе диагностики заболевания, так и на этапе возникновения послеоперационных осложнений, а также комплексном лечении с участием врача терапевта и реаниматолога.

131. Непосредственные результаты циторедуктивных операций по поводу колоректального рака

Тур Г.Е., Тур А.Г.

Минск

Минский городской клинический онкологический диспансер

Актуальность. В структуре заболеваемости колоректальный рак занимает 3-е место. На момент установления диагноза у 20 % пациентов выявляют отдаленные метастазы. Для лечения применяются различные методы лечения, в т.ч. хирургический. Цель работы. Оценить непосредственные результаты циторедуктивных операций по поводу колоректального рака с перитонеальным карциноматозом. Материалы и методы. Был проведен ретроспективный анализ историй болезни 69 пациентов. Среди пациентов было 40 женщин и 29 мужчин (1.38 : 1). Средний возраст составил 58.7 ± 9.2 (40 – 76) лет. Первичная опухоль локализовалась в правом фланге ободочной кишки у 19 (27.5%) пациентов, в левом фланге – у 3 (4.3 %), в сигмовидной кишке – у 32 (46.4 %), в области ректо-сигмоидного соединения – у 10 (14.5%), и у 5 (7.25 %) пациентов выявлен рак прямой кишки. Средний размер опухоли составил 8.4 ± 6.3 (6 – 14) см. Метастазы в лимфоузлы верифицированы у 59 пациентов (85.5 %). Результаты и обсуждение. Циторедуктивная операция предусматривала удаление первичной опухоли с иссечением париетальной брюшины. Правосторонняя гемиколэктомия выполнена 19 пациентам, левосторонняя гемиколэктомия - 3, резекция сигмовидной кишки - 32, передняя резекция прямой кишки - 6, экстирпация прямой кишки - 3, операция Гартмана - 6. Перитонэктомия

производилась в зонах макроскопически определяемого ее метастатического поражения. Наиболее часто производилась пельвиоперитонэктомия. Послеоперационные осложнения, потребовавшие повторных операций и дополнительного лечения, либо приведших к летальному исходу, возникли у 22 пациентов (31.9 %). Несостоятельность анастомоза с развитием перитонита была выявлена у 5 пациентов, кишечная непроходимость - у 6, ТЭЛА - у 3, интраабдоминальный абсцесс - у 3, интраабдоминальное кровотечение - у 3, эвентрация – у 2, мочевого свищ - у 2, воспаление послеоперационной раны – у 8 пациентов, соответственно. Послеоперационная летальность составила 5.8 % (4 пациента). Выводы и рекомендации. Показатель осложнений после циторедуктивных операций составил 31.9 %. Послеоперационная летальность составила 5.8 %. Циторедуктивные операции не приводят к существенному увеличению послеоперационных осложнений и летальности, и могут быть рекомендованы в лечении пациентов с перитонеальным карциноматозом

132. Опыт лечения грыж пищеводного отверстия диафрагмы в хирургическом отделении КГБУЗ ККБ № 1 г. Хабаровска.

Процык Р.С.(1), Воронов А.В.(2), Павлов А.Э.(2), Ухожанский В.А.(1).

Хабаровск

1) КГБУЗ ККБ №1, 2) КГБОУ ДПО ИПКСЗ

В хирургическом отделении КГБУЗ ККБ №1 г. Хабаровска лапароскопические операции по поводу ГПОД выполняются с 2007 г. Показаниями к хирургическому лечению больных с ГПОД и гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью (ГЭРБ) являются: грыжи ПОД с рефлюкс-эзофагитом и без него, неэффективность консервативного лечения ГЭРБ и рецидивирующий рефлюкс-эзофагит, развитие осложнений ГЭРБ (кровотечение, пищевод Баррета, стриктура), рефлюкс-индуцированный ларинготрахеит, неэффективность консервативной терапии ГЭРБ при отсутствии рефлюкс-эзофагита. Противопоказанием служит ранее перенесённая верхне-срединная лапаротомия. Задачи оперативного лечения: Восстановление нормального топографического соотношения пищеводно-желудочного перехода и пищеводного отверстия диафрагмы, возобновление антирефлюксного механизма, предотвращающего заброс содержимого желудка в пищевод. Купирование клинических проявлений рефлюкс-эзофагита. В нашем отделении выполняются операции по методике Nissen и Nissen-Rossetti, Short floppy Nissen. Техника проведения эндовидеохирургических антирефлюксных операций при ГПОД. Оперативное вмешательство выполняется под эндотрахеальным наркозом. Положение пациента на спине, в положении Фовлера (приподнятый головной конец), разведёнными и согнутыми в коленных суставах ногами. Оператор располагается между ног пациента, ассистенты по бокам от пациента, операционная сестра слева от оператора (около 1-го ассистента). Операция выполняется на эндовидеостойке Olympus Endo Alfa. Используются 5 троакаров (10 мм), оптика Storz (30 градусов) или Olympus с изменяемым углом обзора. Рабочие троакары располагаются под мечевидным отростком и ниже левой реберной дуги, по среднеключичной линии. Ретрактор располагается под правой реберной дугой по среднеключичной линии (данный троакар используется как рабочий, при проведении симультантной ЛХЭ) и один троакар в мезогастррии слева - для отведения желудка (зажим

Babcock). Используются инструменты: радиальный ретрактор, зажимы Babcock, ультразвуковой скальпель Harmonic, Ligasure-10 и 5 мм с рассекателем, иглодержатель, контриглодержатель (приёмник). Операция по методу Nissen: мобилизация пищевода начинается с рассечения малого сальника ультразвуковым скальпелем Harmonic. На 2-3 см ниже пищеводно-кардиального перехода рассекается пищеводно-диафрагмальная связка (выше печеночных ветвей n.vagus), освобождается дно желудка с 1-2-мя короткими селезеночными артериями (обработка Ligasure или Harmonic), выделение пищевода и его низведение до 3-4 см. Выделение проводится на толстом зонде (2 см). Для улучшения манипуляции зонд периодически подтягивается из пищевода. При выделении пищевода обращается внимание на сохранение веток n.vagus. Тупое выделение пищевода уменьшает возможность повреждения стенок пищевода, веток n.vagus, предупреждает повреждение париетальной плевры, с возможностью развития пневмомедиастинума и пневмоторакса. Выделяются ножки диафрагмы, вход в заднее средостение, окно для проведения дна желудка позади пищевода. Оценивается достаточность низведения пищевода, необходимость диафрагмокрурорафии. После визуализации ножек диафрагмы, проводится задняя диафрагморрафия, 2-3 швами (пролен 2,0), на зонде толщиной 2 см. При больших грыжевых воротах- задняя крурорафия дополнялась передней (для предотвращения перегиба пищевода кпереди). После её проведения – пищеводное отверстие диафрагмы должно свободно пропускать 5 мм инструмент. Формируется манжетка из задней стенки дна желудка вокруг абдоминального отдела пищевода (2-3 шва с захватом серозно-мышечного слоя стенки пищевода (профилактика синдрома «телескопа»). Длина манжетки 2-3 см, фиксируется одним швом к правой ножке диафрагмы. При операции Nissen-Rossetti - позади пищевода проводится передняя стенка желудка, без пересечения коротких желудочных артерий. Общее количество обратившихся и прооперированных пациентов с 2007 по 2016 гг - 206, из них прооперировано эндоскопически- 159, лапаротомно- 47. Мужчин- 57, женщин- 149. Проведены операции Nissen- 45(м) и 131(ж), Nissen-Rossetti 8(м) и 11(ж), Short floppy Nissen- 3(м) и 7(ж), Тупэ -1(м). Средний послеоперационный койко-день после эндоскопических операций составил 4-6,5 дней, в динамике снижение до 4. К пищеводу подводится страховой дренаж. Пребывание в стационаре 5-6 дней (один день до операции). Также выполнялись симультантные операции. При лапаротомной операции сочетанно выполнялись: холецистэктомия (2), спленэктомия (2), ПОВГ (4). При лапароскопической операции по поводу ГПОД симультантно выполнялись: ЛХЭ (28), пупочные грыжи (10), ПОВГ (1), адреналэктомия (1). При сочетании с полипозом желудка эндоскопическая полипэкссия проводилась первым этапом, а операция по поводу ГПОД через 2-3 дня. Рецидивные ГПОД (15 пациентов) оперированы: эндоскопически- 11, лапаротомно - 4. Смерть наступила у одной больной в связи с сопутствующей ИБС, прогрессирования сердечной недостаточности. Выводы: Освоенные методики эндоскопического лечения эффективно используются в нашем стационаре для лечения ГПОД. Выполняются симультантные операции при сочетанной патологии (ЖКБ, пупочных грыжах, вентральных грыжах, образованиях надпочечника), поэтапные (при полипах желудка). В динамике отмечается увеличение числа эндоскопических операций при ГПОД, уменьшение среднего койко-дня при данной патологии.

133. Оптимизация лечебно-диагностической тактики у больных желчнокаменной болезнью с подозрением на патологию желчных протоков

Потапов А.О.(1), Воронов А.В.(1), Павлов А.Э.(1), Ухожанский В.А.(2), Процык Р.С.(2), Орлов П.И.(2), Клебанов М.Ю.(2)

Хабаровск

(1) Кафедра хирургических болезней КГБОУ ДПО «Институт повышения квалификации специалистов здравоохранения « МЗ Хабаровского края (2) КГБУЗ Краевая клиническая больница №1 им.С.И.Сергеева

Цель исследования. Улучшение результатов лечения больных с осложненной желчнокаменной болезнью. Материалы и методы. Проанализированы результаты лечения 122 больных с желчнокаменной болезнью, у которых имелись клиничко-лабораторные и/или инструментальные данные (трансабдоминальное ультразвуковое исследование, магнитнорезонансная холангиопанкреатография), позволяющие заподозрить патологию желчных протоков за период с 2010г. по 2016г. До 2014г., для уточнения характера патологии желчных протоков, 68 пациентам с диагностической целью выполнялась эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография (ЭРХПГ). В 54 (79,47%) случаях патологии со стороны желчных протоков не выявлено. Патология желчных протоков подтверждена у 14 (20,5%). Холедохолитиаз выявлен у 6 (8,8%), папиллостеноз 1 степени у – 4 (5,85%), сочетание холедохолитиаза и папиллостеноза – в 4 (5,85%) случаях. Всем больным выполнена эндоскопическая папиллосфинктеротомия (ЭПСТ). Трудности в канюляции возникли у 12 (17,6%) – в 5 случаях применена струна-проводник, а в 7 случаях канюляции предшествовало предрасщечение большого дуоденального сосочка. В этой группе больных отмечено развитие постманипуляционного панкреатита в 4 (5,88%) случаях, из них в 1 (1,47%) случае панкреонекроз, потребовавший оперативного лечения, с летальным исходом. В остальных случаях была эффективна консервативная терапия. Транзиторная амилаземия отмечена у 5 (7,35%) пациентов, не потребовавшая лечения. В последующем, 64 (94,1%) больным выполнена лапароскопическая холецистэктомия (ЛХЭ). С 2014г. мы отказались от проведения рентгенэндоскопических диагностических вмешательств у данной категории больных и, 54 пациентам с наличием данных, позволяющим подозревать патологию желчных протоков, первым этапом выполняли ЛХЭ с дренированием общего желчного протока по Пиковскому. На следующие сутки производилась фистулохолангиография. При отсутствии патологии у 38 (70,4%) сразу удалялся дренаж. У 16 (29,6%) больных выявлена патология желчных протоков. Холедохолитиаз (в основном микролитиаз) выявлен у 6 (11,1%), в сочетании с папиллостенозом – в 4 (7,4%) случаях и изолированный папиллостеноз 1ст.– в 6 (11,1%) случаях. Всем пациентам выполнена ЭПСТ, с последующим рентгенологическим контролем на 2-3 сутки после вмешательства и удалением дренажа при восстановлении свободного пассажа желчи. Трудностей при ЭПСТ не отмечено, благодаря четкой визуализации устья БДС по поступлению раствора из устья и напряжения продольной дуоденальной складки при промывании билиарного дренажа во время эндоскопического вмешательства. Острый панкреатит после ЭПСТ, потребовавший консервативной терапии, развился в 1 (1,85%) случае, транзиторная амилаземия – в 2 (3,7%) случаях. Выводы. ЛХЭ с дренированием общего желчного протока по Пиковскому на первом этапе у больных желчнокаменной болезнью с подозрением на патологию желчных протоков позволяет: в раннем послеоперационном периоде, с меньшим риском осложнений, уточнить характер патологии желчных протоков; при наличии патологии, более эффективно и безопасно выполнить эндоскопические транспапиллярные вмешательства.

134. Опыт радикального хирургического лечения эпителиально-копчиковой кисты.

Дегтярев В.В., Петров В.В., Галстян А.Ш., Дворянкин И.И.

Санкт-Петербург

ФГБВОУВО «Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова» МО РФ

Актуальность темы. На протяжении многих лет в центре внимания отечественных и зарубежных колопроктологов остается проблема лечения больных эпителиальным копчиковым ходом. Эпителиальный копчиковый ход является довольно частым заболеванием и составляет 1-2% от всех хирургических больных. В общей популяции заболевание встречается 26 на 100000 человек. Актуальность изучения данной патологии объясняется тем, что заболевание проявляется в наиболее активном трудоспособном возрасте, пик заболеваемости приходится от 15 до 30 лет с преобладанием мужского пола в соотношении 3:1. Несмотря на длительность изучения данной проблемы и множества вариантов оперативных вмешательств, их результаты нельзя назвать полностью удовлетворительными, в связи с длительным сроком заживления ран крестцово-копчиковой области, составляющим, по данным литературы, от 14 до 80 суток, высокой частотой рецидивов заболевания от 2 до 40% и послеоперационных осложнений от 2,5 до 53%. Все это приводит к удлинению сроков лечения и нетрудоспособности пациентов и значительному ухудшению качества их жизни. Таким образом, вопросы выбора оперативного вмешательства, а так же реабилитации данного контингента пациентов остаются нерешенными до настоящего времени. Цель исследования. Оценить возможности внедрения и эффективность применения этапа подшивания краев листков влагалищ больших ягодичных мышц и поверхностной фасции между собой при иссечении ЭКХ с ушиванием раны наглухо, определить временные показатели оперативного пособия и послеоперационного ведения пациентов, применения местных антисептиков, осуществить анализ послеоперационных осложнений. Задачи исследования. а) Изучить частоту, структуру и особенности ведения пациентов с эпителиальными копчиковыми ходами при: остром воспалении ЭКХ в стадии абсцедирования; и хроническом воспалении ЭКХ в стадии гнойного свища, по опыту работы кафедры Военно-полевой хирургии. б) Произвести ретроспективный и перспективный анализ эффективности хирургического лечения групп пациентов при иссечении ЭКХ с ушиванием раны наглухо отдельными швами и операции марсупиализации; с ушиванием раны наглухо с сшиванием листков влагалищ больших ягодичных мышц и поверхностной фасции между собой. в) Определить показания применения данной методики для общих хирургов. г) Сформулировать рекомендации по лечению пациентов с ЭКХ. Материал и методы. На кафедре военно-полевой хирургии Военно-медицинской академии им.С.М.Кирова проведен анализ результатов лечения 68 больных с различными формами ЭКХ в период с 2006 по 2017 г. В стадии острого воспаления поступило - 32, в стадии хронического воспаления - 36 пациентов. Всем больным с признаками абсцедирования ЭКХ первым этапом выполнялось вскрытие, дренирование. Вторым этапом проводилось оперативное вмешательство: радикальное иссечение ЭКХ. У 46 пациентов (67%), находившихся на лечении в клинике с 2006 по 2014 гг. оперативное лечение заключалось в иссечении ЭКХ с ушиванием раны наглухо отдельными швами - 29 случаев, в 17 наблюдениях - операция марсупиализации. 22 пациентам (33%), начиная с 2015 года оперативное лечение проводилось подшиванием краев листков влагалищ больших ягодичных мышц и поверхностной фасции между собой (по «методике кафедры

колопроктологии и эндоскопической хирургии Первого Московского Государственного Медицинского Университета им. И.М.Сеченова»). Суть методики: В положении пациента на животе со слегка разведенными ногами, для обеспечения адекватного доступа к межъягодичной складке. В первичные отверстия вводился краситель (бриллиантовый зеленый) для обнаружения всех ответвлений и затеков. Далее при помощи скальпеля или электроножа двумя окаймляющими разрезами ходы иссекались единым блоком с кожей межъягодичной складки, подкожной клетчаткой, содержащей ходы, в пределах здоровых тканей, до крестцово-копчиковой фасции. Выделялись места прикрепления наружного листка сухожилия большой ягодичной мышцы с обеих сторон. На 1 сантиметр от края крепления листки рассекались в продольном направлении на длину кожного разреза. На дно раны устанавливалась дренажная трубка, над которой осуществлялось сшивание листков сухожилий мышц между собой. В результате происходит сопоставление краев раны, что позволяет ушить кожу без натяжения простыми узловыми швами. Обязательным так же являлось эластическое бинтование тазовой области сроком на 14 суток, дренирование по Редону на четверо суток. Результаты. В ходе работы нами было отмечено, что внедренная методика не увеличивает время операции (50 мин \pm 10 мин), предотвращает натяжение мягких тканей, что в свою очередь ведет к снижению послеоперационных осложнений. Так в ретроспективной группе наблюдений было выявлено 7 случаев (15%) осложнений, среди которых: 2 - прорезывание швов; 1 - позднее эрозивное кровотечение из раны межъягодичной области (крестцовой артерии); 2 – краевой некроз кожи послеоперационного рубца; 2 – расхождение краев раны. Так же было 2 случая рецидива заболевания. В группе проспективного исследования осложнений отмечено было. Послеоперационное ведение больных обеих групп имело существенные различия. В первой группе активизация производилась на вторые-третьи сутки, больные дольше получали наркотические (2 ± 1 суток) и ненаркотические (7 ± 2 суток) анальгетики, местно применялись Левомеколь, Бетадин, асептические повязки. Во второй группе пациенты активизировались на следующие сутки после операции, отмечено уменьшение сроков введения наркотических до одних суток и ненаркотических анальгетиков до 4-х суток, уменьшение объема использования препаратов местного применения (асептические повязки). Сроки лечения в клинике составили: 16 ± 3 дней для первой группы и 10 ± 2 дней для второй группы пациентов. Таким образом, применение методики с подшиванием краев листков влагалищ больших ягодичных мышц и поверхностной фасции между собой, при радикальном иссечении ЭКХ, позволяет осуществить заживление раны без натяжения кожи и позволяет исключить послеоперационные осложнения, выполнить раннюю активизацию (на 1-е сутки после операции), уменьшить количество вводимых анальгетиков, использования препаратов местного применения, антибиотиков, уменьшить длительность послеоперационного периода (выписка на 4-е сутки). Выводы: Методика подшивания краев листков влагалищ больших ягодичных мышц и поверхностной фасции между собой, при радикальном иссечении ЭКХ, может соответствовать «идеальной» хирургической технике, которая должна: • обеспечить полное излечение ЭКХ с минимальным риском рецидивов; • быть простой; • требовать небольших сроков госпитализации; • давать наименьший риск осложнений; • гарантировать быстрое восстановление пациента

135. Оптимизация лечебно-диагностической тактики у больных желчнокаменной болезнью с подозрением на патологию желчных протоков

Потапов А.О.(1), Воронов А.В.(1), Павлов А.Э.(1), Ухожанский В.А.(2), Процык Р.С.(2), Орлов П.И.(2), Клебанов М.Ю.(2)

Хабаровск

(1) Кафедра хирургических болезней КГБОУ ДПО «Институт повышения квалификации специалистов здравоохранения «МЗ Хабаровского края (2) КГБУЗ ККБ№1

Цель исследования. Улучшение результатов лечения больных с осложненной желчнокаменной болезнью. Материалы и методы. Проанализированы результаты лечения 122 больных с желчнокаменной болезнью, у которых имелись клиничко-лабораторные и/или инструментальные данные (трансабдоминальное ультразвуковое исследование, магнитнорезонансная холангиопанкреатография), позволяющие заподозрить патологию желчных протоков за период с 2010г. по 2016г. До 2014г., для уточнения характера патологии желчных протоков, 68 пациентам с диагностической целью выполнялась эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография (ЭРХПГ). В 54 (79,5%) случаях патологии со стороны желчных протоков не выявлено. Патология желчных протоков подтверждена у 14 (20,5%). Холедохолитиаз выявлен у 6 (8,8%), папиллостеноз у – 4 (5,85%), сочетание холедохолитиаза и папиллостеноза – в 4 (5,85%) случаях. Всем больным выполнена эндоскопическая папиллосфинктеротомия (ЭПСТ). Трудности при ЭПСТ возникли у 12 (17,6%) – в 5 случаях потребовалось применение струны-проводника, в 7 случаях - канюляции предшествовало предрассечение большого дуоденального сосочка. В этой группе больных отмечено развитие постманипуляционного панкреатита в 4 (5,88%) случаях, из них в 1 (1,47%) случае панкреонекроз, потребовавший оперативного лечения, с летальным исходом. В остальных случаях была эффективна консервативная терапия. Транзиторная амилаземия отмечена у 5 (7,35%) пациентов, не потребовавшая лечения. В последующем, 64 (94,1%) больным выполнена лапароскопическая холецистэктомия (ЛХЭ). С 2014г. мы отказались от проведения рентгенэндоскопических диагностических вмешательств у данной категории больных и, 54 пациентам, с наличием данных, позволяющим подозревать патологию желчных протоков, первым этапом выполняли ЛХЭ с дренированием общего желчного протока по Пиковскому. На следующие сутки производилась фистулохолангиография. При отсутствии патологии у 38 (70,4%) сразу удалялся дренаж. У 16 (29,6%) больных выявлена патология желчных протоков. Холедохолитиаз (в основном микролитиаз) выявлен у 6 (11,1%), в сочетании с папиллостенозом – в 4 (7,4%) случаях и изолированный папиллостеноз 1ст.– в 6 (11,1%) случаях. Всем пациентам выполнена ЭПСТ, с последующим рентгенологическим контролем на 2-3 сутки после вмешательства и удалением дренажа при восстановлении свободного пассажа желчи. Трудностей при ЭПСТ не отмечено, благодаря четкой визуализации устья БДС по поступлению раствора из устья и напряжения продольной дуоденальной складки при промывании билиарного дренажа во время эндоскопического вмешательства. Острый панкреатит после ЭПСТ, потребовавший консервативной терапии, развился в 1 (1,85%) случае, транзиторная амилаземия – в 2 (3,7%) случаях. Выводы. ЛХЭ с дренированием общего желчного протока по Пиковскому на первом этапе у больных желчнокаменной болезнью с подозрением на патологию желчных протоков позволяет: в раннем послеоперационном периоде, с меньшим риском осложнений, уточнить характер патологии желчных протоков; при наличии патологии, более эффективно и безопасно выполнить эндоскопические транспапиллярные вмешательства.

136. Методы лапароскопической спленэктомии

Воронов А.В.(1), Потапов А.О.(1), Павлов А.Э.(1), Строколист Л.И.(2), Ухожанский В.А.(2), Дорошенко В.И., Чечурин С.А., Богатырев М.(2)

Хабаровск

1) КГБОУ ДПО "Институт повышения квалификации специалистов здравоохранения 2) КГБУЗ "Краевая клиническая больница № 1 им. проф Сергеева С.И."

Впервые лапароскопическую спленэктомию выполнил Delatrie в 1991 году. Показаниями к лапароскопической спленэктомии являются главным образом гематологические заболевания, а также кисты селезенки. Одним из критериев удачного выполнения лапароскопической спленэктомии является размер селезенки. Большинство авторов рекомендуют выполнять ее при размере не более 20 см. С 2001 года в нашей клинике выполнена лапароскопическая спленэктомия у 28 пациентов (при общей численности 76). По половому и возрастному составу больные распределились следующим образом: женщины - 19 пациентов, мужчины - 9 пациентов, возраст колебался от 18 до 69 лет. В 8 случаях лапароскопическая спленэктомия была выполнена при не гематологических заболеваниях: в 7 случаях при кисте селезенки, и в одном случае при ее гематоме. В 20 случаях выполнена лапароскопическая спленэктомия при гематологической патологии (аутоимунная гемолитическая апнемия - 5, аутоимунная тромбоцитопения - 5, волосатоклеточный лейкоз - 1, лимфома - 6, лимфолейкоз - 1, миелодиспластический синдром - 1, и аутогемолитическая анемия в сочетании с желчекаменной болезнью - 1. Методы вмешательства: лигирование, клипирование, лигирование+клипирование, Endo-GIA, Endo-GIA+клипирование, Liga-Sure+Endo-GIA, Liga-Sure. Длительность операции составила от 300 мин. до 80 мин. Наилучшее время по длительности операции пришлось на применение аппарата Liga-Sure. При выполнении лапароскопической спленэктомии мы придерживаемся следующих принципов 1. Тщательный отбор пациентов с комплексным дооперационным обследованием (УЗИ, СКТ, МРТ). При гематологической патологии предоперационная подготовка в условиях гематологического отделения с целью достижения ремиссии заболевания. 2. Четкое выполнение методики операции (наложение портов, этапность, пересечение связочных структур и ножки под контролем лапароскопа). 3. Современное высокотехнологическое эндоскопическое и электрохирургическое оборудование.

137. Повреждения пищевода при операциях на шейном отделе позвоночника вентральным доступом

Столяров С.И.

Чебоксары

БУ «Республиканская клиническая больница»

Актуальность. По данным литературы повреждения шейного отдела позвоночника наблюдаются у 19-50 % среди всех пострадавших с травмами позвоночника. При лечении

данной категории пациентов, характеризующихся нестабильностью позвонков, широко применяются декомпрессивно-стабилизирующие методы хирургического лечения. У 11-19% оперированных развиваются осложнения, обусловленные с ошибками при установке винтов, миграцией и переломом фиксатора, смещением трансплантата, с компрессией дурального мешка, повреждением нервных структур, пищевода и глотки и инфицированием раны. Повреждения пищевода при переднем спондилодезе встречаются у 3,4% пациентов с летальностью 16,7%. Цель. Проанализировать особенности клинического течения повреждения пищевода при декомпрессионно – стабилизирующих методах хирургического лечения с использованием металлических конструкций. Материалы и методы. За период с 2009 по 2016 г.г. в хирургическом торакальном отделении БУ «РКБ» на стационарном лечении находились 5 пациентов с повреждениями пищевода после фиксации шейных позвонков металлическими конструкциями. Все пациенты мужского пола. Возраст пациентов: от 20 лет до 61 года. Первичная операция на позвоночнике в экстренном порядке выполнена в одном случае у пациента 20 лет (открытое вправление вывиха С5 позвонка с резекцией межпозвонкового диска С5-С6 с репозиционно-стабилизирующим спондилосинтезом с использованием костной пластинки и погружного импланта De Puy Slim-loc). У остальных 4 оперативные вмешательства по стабилизации шейного отдела позвоночника выполнялись в плановом порядке, через 5-20 лет после получения травмы шейного отдела пищевода. У всех пациентов имела спондилогенная шейная миелопатия с поражением межпозвонковых дисков. Выполненные операции: субтотальное удаление тела С4-С5 позвонков у 1, С5-С6 позвонков у 1, С6-С7 позвонков у 2. Всем для стабилизации устанавливалась металлическая пластина. В одном случае через 2 месяца произведена операция по удалению несостоятельной конструкции. В одном случае через 4 суток после удаления несостоятельной металлической конструкции у пациента 59 лет появились затрудненное глотание, слабость, повышение температуры тела до 39 градусов, гнойные выделения из раны на шее. В 2 случаях признаки развития гнойного процесса на шее появились через 1 месяц с момента проведения операции в виде появления дисфагии, повышения температуры тела, озноба, болей и припухлости в районе послеоперационного рубца. У 2 пациентов через 5 лет после установки металлоконструкции сформировался пищеводно-кожный свищ в районе послеоперационного рубца. У троих пациентов при поступлении состояние было тяжелым, имелись явления выраженной гнойной интоксикации (повышение температуры тела более 38,0 С, тахикардия, гипотония). У данной группы больных в крови наблюдался лейкоцитоз со сдвигом формулы влево, высокая СОЭ. Всем троим, выполнена компьютерная томография с контрастированием пищевода водорастворимым контрастом, имелись признаки прободения пищевода, флегмоны шеи, задневерхнего медиастинита. У 2 выполнена фистулография. Все пациенты оперированы. Двоим пациентам с пищеводно-шейными свищами произведено иссечение свищевого хода, удаление металлоконструкции, пластика дефекта пищевода. Произведена дополнительная пластика линии швов порцией грудинно-ключично-сосцевидной мышцы по Попову. У 3 пациентов с выраженной гнойной интоксикацией на 1-ом этапе выполнены дренирующие операции – Вскрытие флегмоны шеи, чресшейная задневерхняя медиастинотомия, наложена гастростома для энтерального питания. В послеоперационном периоде проводилась антибактериальная, дезинтоксикационная, иммуностимулирующая терапия в условиях блока реанимации и интенсивной терапии. С целью снижения токсемии у данной категории пациентов в послеоперационном периоде в течении 7 дней использовалось внутривенное введение раствора гипохлорита натрия. Инфузию гипохлорита натрия осуществляли в центральные вены через поливиниловый катетер со скоростью 50-70 капель в минуту (концентрация не выше 600 мг/л, объем инфузии не выше 1/10 ОЦК за один сеанс). При бактериологическом исследовании раневого экссудата у двоих обнаружена синегнойная палочка чувствительная к цефепиму и имипинему, у одного золотистый стафилококк чувствительный к ванкомицину.

Проводилось активное промывание клетчаточных пространств шеи и верхнего средостения растворами антисептиков. После стихания воспалительных явлений через 7-10 дней проводилась реоперация (с привлечением нейрохирурга) – удаление металлической пластины, установка спейсера, ушивание дефекта пищевода. Ушивание дефекта проводили через все слои узловыми швами (викрил 3/0). Для укрепления линии швов использовали лоскут m.sternocleidomastoideus на питающей ножке. В послеоперационном периоде у одного пациента сформировался пищеводно-кожный свищ. Умерших пациентов не было. Среднее пребывание пациента в стационаре составило 56,5 к/дня. Заключение. Повреждение шейного отдела пищевода при постановке металлических конструкций возможно: при установке металлоконструкции или при ее снятии; в результате пролежня стенки пищевода элементами металлической конструкции (винты, фиксаторы) с миграцией в просвет органа. Клиника повреждения может иметь острый (с развитием флегмоны шеи, медиастинита), подострый и хронический (наличие пищеводно-кожных свищей) характер. При развитии повреждения пищевода металлическими конструкциями необходимо удаление металлоконструкции (с привлечением врача нейрохирурга), закрытие дефекта путем его ушивания и укрепления порцией грудинно-ключично-сосцевидной мышцы.

138.Лапароскопические технологии в хирургии грыж передней брюшной стенки.

Воробьев М.В., Норкин К.Г., Каминский М.Н.

Хабаровск

НУЗ «Дорожная клиническая больница» на ст. Хабаровск-1 ОАО «РЖД»

Проблема хирургического лечения грыж передней брюшной стенки продолжает сохранять свою актуальность, что определяется прежде всего частотой встречаемости и тяжестью осложнений. Большинство хирургических клиник располагают значительным опытом в лечении данной патологии, однако результаты традиционных операций не всегда полностью удовлетворяют хирургов, заставляя их искать новые пути решения данной проблемы. В хирургической клинике Дорожной клинической больницы на ст. Хабаровск-1 в конце 90-х - начале 2000-х годов произошло внедрение, а затем активное использование у всех пациентов с наружными грыжами методики ненатяжной аллопластики с хорошими результатами и низким (на уровне международных данных) уровнем рецидивов. С 2007 – 2009 годах в клинике исследовалась возможность лапароскопического устранения паховых грыж методом «вставки волана» из ПТФЭ импланта (модифицированная методика Schultz и Corbitt (1991)), однако в связи с высоким количеством рецидивов, случаев миграции импланта и местных осложнений от предложенной методики в последствии отказались. С 2013 года в хирургическом отделении НУЗ ДКБ на ст. Хабаровск-1 начали выполняться лапароскопическая трансабдоминальная преперитонеальная аллопластика паховых промежутков (ТАРР-пластика) и лапароскопическая интраперитонеальная пластика, дополненная ушиванием апоневроза (ПРОМ+ -пластика). Всего к настоящему моменту в клинике прооперировано 47 пациентов. Из них мужчин – 38, женщин – 9. Преобладание мужчин объясняется большим количеством выполненных ТАРР-пластик. Все прооперированные пациенты трудоспособного возраста (средний возраст 42 + 4,8 лет). Всего выполнено 49

эндовидеохирургических вмешательства при грыжах передней брюшной стенки. Из них - 31 трансабдоминальная преперитонеальная паховая аллопластика (ТАРР-пластика) выполнена 29 пациентам. В 27 случаях имело место одностороннее поражение и в двух случаях – двустороннее. Преобладали пациенты с прямыми паховыми грыжами Nyhus IIIA (14). Однако 8 больных были прооперированы с так называемыми «трудными» для лапароскопической паховой пластики вариантами: с косыми паховошоночными (Nyhus IIIB) – пятеро и рецидивными грыжами (Nyhus IV) – трое пациентов. ТАРР-пластика выполнялась по стандартной технологии с использованием трех троакарных доступов. Имплант располагали забрюшинно, как с рассечением и подведением под элементы семенного канатика, так и без рассечения и расположением поверх элементов семенного канатика. Во всех случаях выполнялась степлерная фиксация импланта с обязательным восстановлением паритетальной брюшины. Лапароскопическая интраабдоминальная аллопластика выполнена в 18 случаях. Из них вариант без предварительного ушивания апоневроза (ПРОМ) у 4, а с ушиванием дефекта (ПРОМ+) – у 14 пациентов. ПРОМ-пластика выполнялась по методике рекомендуемой Европейской Герниологической ассоциацией с сепарацией круглой связки печени и клетчатки в проекции грыжевых ворот и фиксацией импланта 4 – 6 якорными скорняжными швами и дополненной двухконтурной степлерной фиксацией. Для характеристики выполненных эндовидеохирургических вмешательств и их результатов мы оценивали длительность операции, динамику болевого синдрома, наличие осложнений в раннем и отдаленном послеоперационном периоде, наличие рецидивов, длительность нахождения в стационаре и восстановление трудоспособности. Дополнительно проводилась сравнительная оценка с рядом аналогичных показателей для стандартных открытых герниопластик. Продолжительность ТАРР-пластики в среднем составил 94,1 (+ 21,3) мин. Для ПРОМ+-пластики этот показатель составил 127,3 (+ 29,1) мин. Значительная длительность операций связана с тем, что практически все анализируемые вмешательства приходятся на период внедрения данной технологии в клинику. Тем не менее, к концу 2016 года ТАРР-пластика выполнялась в пределах 40-50 минут, а ПРОМ+-пластика занимала не более полутора часов. Оценка болевого синдрома проводилась с использованием визуально-аналоговой шкалы (ВАШ). При этом оказалось, что для лапароскопических герниопластик (в сравнении с открытыми) интенсивность болевого синдрома была несколько выше в первые, практически не отличалась на вторые, а начиная с третьих суток, была значительно ниже. Длительность нахождения в стационаре и период восстановления трудоспособности составили для ТАРР-пластики соответственно 4,3 (+ 1,4) и 6,4 (+ 2,7) дня, что было заметно ниже показателей для пластики Lichtenstein - 5,7 (+ 2,1) и 12,3 (+ 3,1) дня. Аналогичная тенденция была прослежена при сравнении результатов лапароскопических и открытых вмешательств при вентральных грыжах, где длительность нахождения в стационаре и период восстановления трудоспособности составили для ПРОМ+-пластики 4,3 (+ 1,4) и 11,7 (+ 2,9), а для открытых герниопластик - 9,1 (+ 2,1) и 18,4 (+ 3,7) соответственно. Дополнительно необходимо указать, что рецидивов после лапароскопических пластик не было. У одного пациента после ТАРР сохранялся длительный (около 4-х месяцев) болевой синдром, который купировался самостоятельно, а в другом случае, после ПРОМ+ длительный болевой синдром (около 3-х месяцев) купировался после удаления лигатурной гранулемы. На основании имеющихся данных мы можем сделать заключение, что при наличии ряда недостатков (необходимость общей анестезии и дополнительных расходных материалов, большая длительность оперативного вмешательства и сложность освоения методики), лапароскопические технологии в хирургии грыж передней брюшной стенки имеют и такие неоспоримые преимущества, как протезирование без натяжения задней стенки пахового промежутка по принципу «внутреннего пластыря» с одновременным закрытием всех возможных «слабых зон» этой области, малая травматичность и высокий косметический эффект, короткий стационарный период лечения и ранняя реабилитация.

139.Первый опыт использования внутриартериального введения урокиназы в лечении нейроишемической формы синдрома диабетической стопы

Чечетка Д.Ю.(1,4), Качалов С.Н. (1), Воробьев М.В.(2), Сон О.Г(3), Шарандак Г.А.(2)

Хабаровск

Дальневосточный государственный медицинский университет (1) НУЗ «Дорожная клиническая больница ст. Хабаровск-1 ОАО «РЖД» (2) ФГУ «301 Окружной военный клинический госпиталь Министерства обороны России» (3) КГБУЗ Консультативно-диагностический центр «

Поражение дистального артериального русла у пациентов с нейроишемической формой синдрома диабетической стопы (СДС) значительно уменьшает возможности хирургической коррекции ишемии. В патогенезе нарушения микроциркуляции при СДС ведущее место занимает изменения гемостаза, которые проявляются гиперкоагуляцией и снижением фибринолитической активности (на фоне нарушения эндотелий-зависимой вазодилатации), что приводит к прогрессирующему микротромбообразованию. Одной из возможностей уменьшить поражение микроциркуляторного русла является компенсация фибринолитической активности крови - использование фибринолитиков. Наиболее перспективным препаратом данной группы в отношении лечения ишемической формы СДС по мнению ряда исследователей является урокиназа. Большинство работ посвящены изучению эффективности урокиназы при её внутривенном введении. Зарубежные авторы, проводившие внутриартериальное введение урокиназы отметили возможность значительного уменьшения дозы препарата, снижение количества геморрагических осложнений, а также повышения результативности лечения. В своей работе мы провели оценку первого собственного опыта применения внутриартериального введения урокиназы пациентам с нейроишемической формой СДС, у которых были исчерпаны все возможные оперативные и консервативные методы лечения на предыдущих этапах. Внутриартериальное введение урокиназы проведено 17-ти пациентам с нейроишемической формой СДС. У всех пациентов имелось поражение дистального артериального русла с развитием критической ишемии конечности (согласно критериям TASC II). Пациентам выполнялось ультразвуковое ангиосканирование артерий нижних конечностей (УЗАС), стандартная или мультиспиральная компьютерная ангиография. При выполнении УЗАС, до и после лечения оценивали пиковую систолическую, максимальная конечная диастолическую, индекс периферического сопротивления, объемную скорость кровотока в артериях нижних конечностей. Микроциркуляцию оценивали с помощью лазерной доплеровской флоуметрии (ЛДФ). Для оценки интенсивности болевого синдрома использовали наиболее простую, удобную и широко применяемо в повседневной практике визуально-аналоговую шкалу. Урокиназа вводилась внутриартериально в дозе 100000 МЕ под контролем ультразвукового ангиосканирования, ежедневно, в течение 5 дней путем микропункции бедренной артерии иглами небольшого диаметра (24-28G) на стороне поражения. Ежедневно контролировался гликемический профиль и уровень фибриногена. Учитывая малую выборку (n=17) статистическая обработка полученных данных проводили с использованием непараметрических методов. После проведенного лечения на 5 день отмечено полное купирование болевого синдрома у 9 пациентов, либо его значительное уменьшение у 6 пациентов (снижение

интенсивности болевого синдрома с 7,6 ($\pm 0,89$) до 2,2 ($\pm 0,84$) баллов ВАШ, $U_{эмп} = 0,8$; $p < 0,01$). У всех пациентов до введения урокиназы отмечалась гиперфибриногемия, а непосредственно после лечения выявлено значимое снижение уровня фибриногена (с 6,7 ($\pm 0,62$) до 4,7 ($\pm 0,56$) г/л $U_{эмп} = 3,2$; $p < 0,05$). При оценке динамики изменений кровотока и микроциркуляции прежде всего мы обратили внимание на значительное достоверное увеличение скорости объемного кровотока по артериям голени. Так скорость объемного кровотока по подколенной артерии увеличилась на 18,5 ($\pm 8,1$) мл/мин (+14,7%, $U_{эмп} = 7,4$; $p > 0,05$), по задне-большеберцовой артерии на 4,3 ($\pm 0,6$) мл/мин (+122,5%, $U_{эмп} = 0,8$; $p < 0,01$) а по передне-большеберцовой артерии на 9,5 ($\pm 2,1$) мл/мин (+112,6%, $U_{эмп} = 0,9$; $p < 0,01$). По данным ЛДФ у всех пациентов отмечался статистически значимый прирост перфузии конечности (в среднем до 34%). При оценке местного объективного статуса полное заживление ран в области стопы в течение 60 дней наблюдалось у 8 больных, у 5 отмечалось значительное уменьшение размеров ран, появление грануляций и краевой эпителизации. В течение 3-х месяцев раневая репарация наступила у 13 пациентов. В связи с дальнейшим прогрессированием гнойно-некротического процесса на стопе у двух пациентов потребовалась ампутация конечности на уровне на уровне голени. Отдаленные результаты нам не удалось проследить у 2-х пациентов. Таким образом, наш опыт использованием внутриартериального введения урокиназы в лечения пациентов с нейроишемической формой СДС и невозможностью сосудистой реконструкции позволяет говорить о возможной высокой эффективности данного метода и хороших ближайших результатах у данной категории больных.

140. Лапароскопия в лечении больных острым деструктивным панкреатитом

Зайнутдинов А.М., Малков И.С.

г. Казань

КГМА- филиала ФГБОУ ДМО РМАНПО Минздрава России

Из 291 больного с острым панкреатитом, находившихся на лечении в клиниках кафедры хирургии ГБОУ ДПО КГМА была проведена лечебно-диагностическая лапароскопия у 256 (88%) мужчин, 35 (12%) женщин в возрасте от 17 до 84 лет. Средний возраст составил 42,4 года. Лапароскопия при панкреатогенном перитоните в 63% случаев проводилась в первые сутки от момента госпитализации, в 29% через 48 часов, в 8% случаев проводилось на более поздних сроках. Проведение лапароскопии на разных сроках госпитализации зависело от наличия панкреатогенного перитонита, эффективности консервативной терапии. Для дифференциальной диагностики лапароскопию использовали в 97% случаев в первые сутки госпитализации. Лапароскопия проводилась по показаниям, в основном при клинике панкреатогенного перитонита 49% и при проведении дифференциальной диагностики 43%. При этом по первому показанию лапароскопия в 63% случаев проводилась в первые сутки, в 29% во вторые сутки, а 85 случаев в третьи сутки. При проведении дифференциальной диагностики лапароскопия проводилась на 1 сутки у 97% пациентов. У 21 больного при нарастании эндотоксикоза и ферментативного перитонита несмотря на первичную диагностическо-лечебную лапароскопию или при несоответствии клинической картины эндотоксического шока и патоморфологической картины в виде стекловидного отека и отсутствии стеатонекроза и

геморрагического выпота проводилась программированная лапароскопическая санация брюшной полости. При этом у 13 больных она выполнялась в качестве программируемой санации, когда по морфологической картине ставились показания для повторной лапароскопической обработки брюшной полости. У 8 больных была проведена вынужденная повторная лапароскопия вследствие отсутствия клинического эффекта от проведенной санации. При программированных санациях использовали 0,05% водный раствор хлоргексидина глюконата, насыщенный углекислым газом, показавшую эффективность по сравнению с традиционными антисептиками (0,05% водный раствор хлоргексидина глюконата, озонированный раствор NaCl 0,9%) на внутрибольничные штаммы в эксперименте и в клинике. Операция заканчивалась дренированием брюшной полости, при необходимости забрюшинного пространства, сальниковой сумки отечественными дренажами и дренажами оригинальной конструкции. Применение лапароскопии позволило повысить хирургическую активность и снизить общую послеоперационную летальность до 13,4%, при панкреонекрозах средней степени тяжести летальность удалось снизить до 5%, а при тяжелых до 26%.

141. Экспериментальная модель острого панкреатита у животного.

Зайнутдинов А.М., Малков И.С., Шакиров М.И., Зайнутдинов И.А.

г. Казань

КГМА- филиала ФГБОУ ДМО РМАНПО Минздрава России

Запросы практической медицины не могут быть удовлетворены только на основании клинических наблюдений. Неизмеримо возросшие возможности клинических дисциплин, прежде всего в хирургии, для повышения эффективности лечения требуют решения фундаментальных проблем патологии, теоретического осмысления новых и усовершенствования известных способов оперативных вмешательств. В большинстве случаев решить эти задачи можно только в опытах на животных, в том числе путем создания моделей заболевания. После вводного наркоза: кетамин 0,5 мг/кг внутримышечно, проведения лапаротомии у крыс 200-220 грамм обоего пола выделяют основной ствол выводного протока поджелудочной железы. Во избежание попадания раствора хенодеоксихолевой кислоты в проксимальные отделы протоков проводят лигирование основного ствола выводного протока. Специальной тонкой иглой (27G-30G) пунктируют выводной проток, увеличенный в диаметре после лигирования, у стенки двенадцатиперстной кишки, фиксируют иглу в протоке и заполняют систему протоков 0,3-0,5 мл. 1 % раствора хенодеоксихолевой кислоты с 5 % раствором натрия гидрокарбоната в равных соотношениях из расчёта 10-15 мг/кг массы тела животного. Процентное содержание растворов вычислено экспериментальным путём. Затем снимают лигатуру, удаляют иглу. Лапаротомная рана ушивается наглухо. Через 10-20 минут возникает отек поджелудочной железы с последующим развитием морфологических изменений в железе через 1 - 1,5 и более часов в виде острого жирового, геморрагического или смешанного панкреатита. Предлагаемое изобретение позволяет создать острый геморрагический, жировой или смешанный панкреатит путем введения 0,3-0,5 мл. 1 % раствора хенодеоксихолевой кислоты с 5 % раствором натрия гидрокарбоната в равных соотношениях из расчёта 10-15 мг/кг массы тела животного в перевязанный проток с

последующим снятием лигатуры, при этом даёт возможность для динамического изучения течения геморрагического, жирового или смешанного панкреатита при осмотре тканей поджелудочной железы в различных промежутках времени. При создании модели экспериментального острого панкреатита в сравнении с аналогом позволяет поэтапно воспроизводить патологические изменения в поджелудочной железе. Разработанная модель экспериментального острого панкреатита отражает основные морфофункциональные нарушения, происходящие при данной патологии. В ранние сроки экспериментального острого панкреатита при отсутствии лечебного воздействия стадия компенсации переходит в субкомпенсацию, а при прогрессировании течения заболевания переходит в стадию декомпенсации. Таким образом, предложенный способ решает задачу воссоздания за короткое время после начала проведения способа острого геморрагического, жирового или смешанного панкреатита, экономичен, прост в техническом исполнении, применим в условиях любой экспериментальной лаборатории.

142. Непосредственные результаты герниопластики по методике ONSTEP.

Шейерман В.В. (1), Тихоненко М.В. (2), Баранов А.И. (3).

Новокузнецк

1) ГБУЗ КО "НГКБ №22", 2) ГБУЗ КО "НГКБ №2", 3) ГБУЗ КО "НГКБ №1"

По данным различных источников наружные грыжи живота являются одним из распространённых хирургических заболеваний. 60-70% из них составляют большие с паховыми грыжами. В России выполняется более 300 тысяч плановых операций по поводу паховых грыж. Проблемой является лечение паховых грыж у пожилых людей, имеющих несколько сопутствующих заболеваний. Распространённость паховых грыж у пожилых людей достигает 70%. Внедрение новых методик паховой герниопластики связан с хорошо известными недостатками традиционных вмешательств: длительным болевым синдромом послеоперационном периоде, высоким процентом рецидивов грыж, длительным периодом послеоперационной реабилитации, осложнений со стороны органов мошонки. В период с февраля 2016г по июнь 2017 года, общее число оперированных пациентов по методике ONSTEP 25 пациентов. Мужчины средний возраст 50-60 лет. ИМТ в среднем ~25,18. Послеоперационный койка день в среднем составил 2 ± 1 - е суток. Из них косые паховые грыжи (классификация по L.M.Nyhys III B- 11 пациентов). Прямые паховые грыжи (классификация по L.M.Nyhys) III A- 10 пациентов. Двухсторонний паховые грыжи 4 пациента (классификация по L.M.Nyhys) III A- 4 пациента. Классификация по ASA у данных пациентов составило ASA I - 15 пациентов полностью здоровы. ASA II – 8 пациентов хронические заболевания: Гипертоническая Болезнь, Сахарный Диабет 2 типа (компенсированные пациенты). ASA III – 2 пациента с заболеваниями сердечно сосудистой системой. Средняя продолжительность операций при односторонней паховой грыжи составило 20 ± 5 минут. При двухсторонней паховой грыжи составило 60 минут. Под местной анестезией прооперированно – 17 пациентов, под спинномозговой анестезией – 8 пациентов, с двухсторонними паховыми грыжами 4 – пациента. С целью обезболивании применяется нестероидный противовоспалительный препарат (кеторол 1,0), 1-е сутки 2 раза в день, на вторые сутки по требованию ,3-е сутки обезболивание не требовалось. Оценка послеоперационной боли по 10 бальной шкале: в

первые сутки 2 балла, на вторые сутки 1 балл, на третьи сутки 0 баллов. Осложнений в раннем послеоперационном периоде не выявлено. Оценка косметического эффекта отлично.

143. Сравнительная оценка хронического болевого синдрома после герниопластики по методике ONSTEP и методике Лихтенштейна.

Шейерман В.В. (1), Баранов А.И.(2), Тихоненко М.В. (3).

Новокузнецк

1) ГБУЗ КО "НГКБ №22", 2) ГБУЗ КО "НГКБ №1", ГБУЗ КО "НГКБ №2".

Послеоперационный период у пациентов, перенёсших грыжесечения по поводу паховых грыж, индивидуален. Тяжесть его течения зависит от объёма и травматичности оперативного вмешательства. Не обходимо отметить, что нет до сих пор окончательного ответа на вопрос, что является причиной послеоперационной боли - воспаление или травма нерва. Длительность болевого синдрома в паховой области после устранения паховой грыжи регистрируется в 5-20% наблюдений и приводит к удлинению периода реабилитаций снижению качества жизни и, в ряде случаев, к повторным операциям. Отдалённые результаты по методике ONSTEP, наличие послеоперационного болевого синдрома, отмечено у одного пациента в течение трёх недель. По методике Лихтенштейна послеоперационный болевой синдром составил у трёх пациентов в течении 5-6 месяцев. Пациентам, прооперированным по методике ONSTEP и по методике Лихтенштейна, проводилось ультразвуковое исследование через 6 месяцев, с целью сравнения толщины фиброзной капсулы, после операций по методике ONSTEP, и методике Лихтенштейна на аппарате ACCUVIXV 20 (Medison), с линейным датчиком (7,5 МГц), применяемый для исследования поверхностных структур в продольной плоскости сканирования. По данным ультразвукового исследования: по методике ONSTEP в мягких тканях определяется инородное тело (полипропиленовая сетка Polisoft), в виде линейного гиперэхогенного фрагмента, жидкостных включений нет. Толщина фиброзной капсулы $0,2 \pm 0,3$ см. По методике Лихтенштейна в мягких тканях определяется инородное тело (полипропиленовая сетка), скопление жидкостей, в виде ограниченных скоплений, отёка мягких тканей. Толщина фиброзной капсулы $0,3 \pm 0,5$ см. Таким образом, при толщине фиброзной капсулы $0,2 \pm 0,3$ см., спокойное течение раневого процесса. А при толщине $0,3 \pm 0,5$ см, прогнозируют осложнения в форме воспалительного изменения мягких тканей и сохранение или развитие болевого синдрома. Пациенты, прооперированные по методике ONSTEP, нуждались в обезболивании 1-е сутки (кеторол 1,0), физиолечение не показано, приступили к трудовой деятельности через две недели, без ограничения к физическим нагрузкам. Пациентам, прооперированным по методике Лихтенштейна, в качестве обезболивания назначался трамадол, физиолечение. Некоторым пациентам проводились пункции в послеоперационной области. Возврат к трудовой деятельности через два месяца, с ограничениями к физическим нагрузкам. Проводился опрос пациентов по телефону оперированных по методике ONSTEP: первый месяц ограничение физической нагрузке течений двух недель, второй и третий месяц без ограничений физических нагрузок, наличие болевого синдрома не отмечено течений трёх месяцев. Ощущение дискомфорта наблюдалось у двух пациентов течений трёх недель. Приём анальгетиков не

требовалось. Пациенты, оперированные по методике Лихтенштейна: Ограничение физических нагрузок у трёх пациентов течений трёх месяцев, наличие болевого синдрома шести пациентов в течении трёх месяцев, неприятные ощущения течений двух месяцев у трёх пациентов. У данных больных приём анальгетиков составил один месяц.

144. Результаты хирургического лечения осложненных форм желчнокаменной болезни

Потапов А.О.(1), Воронов А.В.(1), Павлов А.Э.(1), Ухожанский В.А.(2), Процык Р.С.(2), Орлов П.И.(2), Клебанов М.Ю.(2), Строколист Л.И.(2), Чечурин С.А.(2), Мусаев Р.Э.(2), Жилкин Д.В.(2).

Хабаровск

(1) Кафедра хирургических болезней КГБОУ ДПО «Институт повышения квалификации специалистов здравоохранения « МЗ Хабаровского края (2) КГБУЗ ККБ№1 им.С.И.Сергеева

Цель исследования. Оценка эффективности комплексного эндоскопического лечения осложненных форм желчнокаменной болезни (ЖКБ). Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ лечения 580 больных с осложненными формами ЖКБ. Всем больным применено этапное, комплексное, эндоскопическое лечение - лапароскопическая холецистэктомия (ЛХЭ) в сочетании с транспапиллярными эндоскопическими вмешательствами (ЭТПВ). Клинико-лабораторные и инструментальные данные холестаза имелись у 458 (79%), отсутствовали у 122 (21%) пациентов. На предоперационном диагностическом этапе холедохолитиаз выявлен у 384 (84%) больных, у 46 (10%) холедохолитиаз сочетался с папиллостенозом, изолированный папиллостеноз диагностирован в 28 (6%) случаях. Осложнения (механическая желтуха, холангит, печеночная недостаточность, острый холецистит и панкреатит) в различных сочетаниях имелись у 80% больных. На первом этапе 526 пациентам выполнены ЭТПВ (литоэкстракция, механическая литотрипсия, назобилиарное дренирование, стентирование холедоха), которые были эффективны в 92% случаев. В последующем 484 больным выполнена ЛХЭ. При неэффективных ЭТПВ у 42 больных выполнены «открытые» операции. У 54 больных с подозрением на патологию желчных протоков, первым этапом выполнена ЛХЭ с дренированием по Пиковскому, с последующими ЭТПВ при выявленной патологии (16 больных). Осложнения, связанные с ЭТПВ развились у 24 (4,4%) больных. Оперативное лечение потребовалось в 11 случаях с 8 (1,4%) летальными исходами. Осложнения после ЛХЭ развились у 10 (1,9%) больных с 1 (0,2%) летальным исходом. Из 42 больных после «открытых» операций осложнения развились у 7 (16,6%) с летальностью 9,5% (4 больных). Общее количество осложнений составило 41 (7%), летальность – 2,2%. Выводы. При комплексном лечении осложненных форм ЖКБ результаты, главным образом, определяются эффективностью ЭТПВ на первом этапе. Более широкое применение ЭТПВ позволяет расширить показания к малоинвазивным операциям, что улучшает результаты лечения этой тяжелой группы больных.

145. Программный расчет риска тромбэмболических осложнений у пациентов онкохирургического профиля

Аникин С.В. (1), Яновой В.В.(1), Шапошников А.Ю. (2), Шапошникова В.В. (3).

Благовещенск

1) ГБОУ ВПО Амурская государственная медицинская академия, 2) ГАУЗ АО Амурская областная клиническая больница, 3) ГАУЗ Городская клиническая больница.

Проблема тромбэмболических осложнений (ТЭО) у пациентов онкохирургического профиля не теряет своей актуальности в наши дни. Без проведения адекватной профилактики, риск развития венозных ТЭО составляет от 10 до 40%, а фатальных около 10% (Bahl). Профилактика ТЭО строится на оценке степени риска данных осложнений, что зависит от количества и качества факторов риска их развития. Цель исследования – оптимизировать профилактику венозных тромбэмболических осложнений у пациентов онкохирургического профиля. Материалы и методы: Предложен и зарегистрирован новый способ автоматического, программного расчета степени риска тромбэмболических осложнений у пациентов хирургического профиля (свидетельство о государственной регистрации программ для ЭВМ №2015619184 от 26.08.2015). Программа позволяет провести персонализированный математический расчет степени риска венозных тромбэмболических осложнений (ВТЭО) и, на основании этого, предложить стандартизированные схемы профилактики и лечения, в том числе персонализировано с учетом веса и возраста пациента. Данный способ апробирован на группе пациентов, получающих плановое и экстренное хирургическое лечение патологии органов брюшной полости. Были выявлены следующие факторы риска: возраст 61-80 лет - 67%, ожирение различной степени – 45%, заболевания сердца – 33%, оперативное вмешательство более 1 часа – 25%, варикозная трансформация поверхностных вен нижних конечностей – 45%. При этом сочетание 2 факторов риска имело место в 20%, трех и более в 62,5% случаев. Таким образом, при расчете степени риска ТЭО установлено, что не менее чем в 17,5% случаев имела место высокая (IIС, IIIА, В, С) степень риска ТЭО (по классификации Samata 1999) с риском развития ТЭЛА в 5 – 10%, а летальной ТЭЛА в 1-5%, что требует активных методов профилактики. В результате применения предложенного способа нами предотвращено развитие ВТЭО и пациенты были успешно прооперированы. Благодаря предложенной программе, специалист любого профиля имеет возможность с математической точностью и объективностью определить степень риска тромбэмболических осложнений и применить методы лечебно-профилактических мероприятий в соответствии с актуальными рекомендациями ведущих сообществ данной отрасли медицины. Это особенно актуально в лечебно-профилактических учреждениях в штате которых отсутствуют сердечно-сосудистые хирурги, стратифицирующих риск ВТЭО и определяющих лечебно-профилактические мероприятия.

146. О личном участии в развитии в эндоскопии и эндоскопической хирургии на дальнем востоке

Балалыкин А.С.

Москва

филиал №3 цвкг им. Вишневого

О личном участии в развитии эндоскопической хирургии на Дальнем востоке. А.С.Балалыкин Москва. Актуальность. Перестало быть традицией (а может ее не было) начинать хирургические форумы разного уровня с поздравлений юбилярам, вспомнить и отдать дань ушедшим от нас специалистов, отметить важные прошедшие события и т.д. Развитие новых направлений, как показал личный опыт, определяют энтузиасты при поддержке (чаще вопреки негативизму) руководителей лечебных и научных учреждений. Многочисленные поездки по России за 40 лет показали, что главные врачи крупных больниц мало интересовались новыми чудо-операциями с помощью эндоскопической техники и в операционной не появлялись. А вот представители Дальнего Востока – приятное исключение. Да и хирурги редко информированы о событиях в своем регионе. Цель – отметить некоторые события с личным участием, которые способствовали развитию эндоскопии и эндоскопической хирургии на Дальнем Востоке, далеком регионе нашей страны. События. Мне посчастливилось в 90-е годы 14 раз посетить Сахалин, Благовещенск и Хабаровск благодаря личным контактам с Ф.С.Анкундиновым, А.В.Жандаровым, Б.А.Меркешкиным, Е.И.Кропачевой, С.Н.Качаловым, Н.В.Ташкиновым и др. и в различных лечебных учреждениях выполнить различные эндоскопические операции (холецистэктомия, ваготомию, чреспапиллярные и т.д.), в том числе впервые, которые хирурги стали делать позднее. Это были революционные годы формирования эндоскопической хирургии как нового направления. Ф.С.Анкундинов в 1992 г организовал встречу с губернатором Федоровым и я убедил его профинансировать закупку эндоскопической техники. Было выделено 200 тыс долларов, техника закуплена и лапароскопическая хирургия на Сахалине началась. Молодец Губернатор ! 23-25 августа 1993 г в Южно-Сахалинске была организована «1-я Международная региональная научно-практическая конференция врачей Дальнего востока и Сибири». Организаторы Ф.С.Анкундинов, Ассоциация эндоскопии и малоинвазивной хирургии (предс. А.С.Балалыкин), РГМУ; спонсор – фирма «Лотон», Швейцария; иностранные участники профессора А.Montori (Италия), M.Cremer (Бельгия), J.Armengol Miro (Испания) и др. – руководители европейского Общества желудочно-кишечной эндоскопии. Иностранцы были восхищены природой Сахалина и радушным приемом. В Благовещенске и Хабаровске лапароскопическое оборудование имелось и необходима была лишь поддержка опытным хирургам к его применению, уверенности в собственных силах при освоении новых методик всегда не хватает. Тем не менее, восхищен А.В.Жандаровым, председателем комитета здравоохранения, который не только на одной из конференций пригласил меня, но и постоянно собственным примером бывшего хирурга показал заинтересованность во внедрении новых технологий. Дальневосточники – большие романтики и фантасты ! Как тут не вспомнить Я.П.Кулика, талант которого проявился именно там и «фантазии» которого по эндоскопической хирургии не могли воспринять в Центре, но реализовались учениками. Резюме.Внедрение новых технологий в хирургическую практику – трудная и опасная работа, успех которой определяют тесное взаимодействие и взаимопонимание специалистов – энтузиастов и руководителей здравоохранения. Показательные операции, особенно с осложнениями, – венец обучения

147. Структура осложнений вторичного острого гнойного медиастинита

Столяров С.И. (1), Арсютов В.П. (2), Данилов В.В. (3), Григорьев В.Л. (4)

Чебоксары

1) БУ «Республиканская клиническая больница», 2) ФГБУ ВПО «Чувашский государственный университет имени И.Н. Ульянова», 3) БУ «Городская больница скорой медицинской помощи», 4) ГАУ ДПО «Институт усовершенствования врачей»

Актуальность. В настоящее время проблема хирургического лечения вторичного острого гнойного медиастинита (ОГМ) остается одной из наиболее сложных и нерешенных проблем в торакальной хирургии. Несмотря на применение широкого арсенала современных диагностических мероприятий, хирургических и консервативных методов лечения летальность остается на высоком уровне и составляет от 14% до 70% и выше. Цель. Изучить структуру осложнений вторичного ОГМ. Материалы и методы. За период с 1985 по 2017 год в хирургическом торакальном отделении БУ «Республиканская клиническая больница» на стационарном лечении находились 192 пациента с ОГМ. Пациентов вторичным ОГМ было 91, что составляет 47,4% от общего количества. Мужчин было 67 (73,6%), женщин – 24 (26,4%). Возраст пациентов от 21 года до 78 лет (средний возраст $47,5 \pm 1,4$ года). Сроки поступления в стационар с начала заболевания от 32 часов до 14 суток (в среднем $5,1 \pm 0,2$ дня). Причины вторичного ОГМ: одонтогенные – 50 (54,9%), тонзиллогенные – 31 (34,1%), аденофлегмона шеи – 5 (5,5%), гнойный тиреоидит – 3 (3,3%), некротический эзофагит – 1 (1,1%) и гнойный артрит грудинно-ключичного сочленения – 1 (1,1%). Вторичный ОГМ по распространенности в средостении был следующим: верхний передний и задний – 35 (38,7%); верхний передний – 24 (26,4%); верхний задний – 13 (14,3%); тотальный передний и задний – 12 (13,2%); тотальный передний – 4 (4,4%); тотальный задний – 3 (3,3%). Все пациенты оперированы. У 79 пациентов выполнена колярная медиастинотомия по В.И. Разумовскому со вскрытием и дренированием клетчаточных пространств шеи, у 5 пациентов колярная медиастинотомия сочеталась с торакотомией, у 3 выполнена торакоскопия в сочетании с колярной медиастинотомией. В 2 случаях заднее средостение дренировалось по Савиных-Розанову, в одном случае переднее средостение по Каншину-Кюну. В послеоперационном периоде проводилась интенсивная антибактериальная, противовоспалительная, дезинтоксикационная терапия в условиях блока реанимации и интенсивной терапии. Для контроля адекватности дренирования средостения, оценки динамики развития воспалительного процесса всем пациентам в послеоперационном периоде проводились рентгенография или компьютерная томография органов грудной клетки, УЗИ. Несмотря на интенсивную терапию у 57 пациентов (62,6%) в ходе лечения развились различные осложнения. У 27 наблюдалось одно осложнение, у 10 два осложнения, по три осложнения у 15, более трех – у 5. У 34 (37,4%) развился сепсис, полиорганная недостаточность. У 17 (18,7%) диагностирована пневмония, у 11 (12,1%) – перикардит с плевритом. Аррозионное кровотечение наблюдалось у 9 (9,9%). Источниками являлись: нижняя щитовидная артерия – 1, правая плечеголовная вена – 1, внутренняя яремная вена – 3, наружная сонная артерия – 3, дуга аорты – 1. Эрозивно-язвенные кровотечения из верхних отделов желудочно-кишечного тракта наблюдались у 7 (7,7%). У 2 (2,2%) возникла перфорация острой язвы желудка, которая потребовала проведения экстренного оперативного вмешательства. Тромбоз внутренней яремной вены наблюдался у 4 (4,4%). Флегмона грудной стенки развилась в 6 случаях (6,6%). Свищи различных локализаций имелись у 5 пациентов. Всего умерло 30 пациентов, общая летальность составила 33%. В группе одонтогенных медиастинитов умерло 17, летальность – 34%. При тонзиллогенных ОГМ умерло 10, летальность – 32,2%. Среднее пребывание в стационаре составило

27,9±1,5 дня. Выжившие находились в стационаре от 16 до 84 дней, средний койко-день составил 35,6±1,2 дня (Ме 33, Мо 26), умершие от 1 до 41 дня, в среднем – 11,5±1,7 дня (Ме 7,5 Мо 4). Сроки поступления в стационар с начала заболевания в группе выживших от 32 часов до 14 суток, в среднем 4,7±0,4 дня (Ме 4, Мо 4), в группе умерших от 2 до 14 суток, в среднем 6,1±0,5 дня (Ме 5, Мо 5). Причины летальных исходов по результатам патологоанатомического исследования. Во всех случаях при вскрытии диагностирован сепсис с развитием полиорганной недостаточности на фоне прогрессирования гнойного процесса. При вскрытии зафиксировано наличие гнойного перикардита у 14, эмпиемы плевры у 12, деструктивной пневмонии у 15, перитонита у 1, аррозии нисходящей аорты у 1, гнойного энцефалита у 1, очагов некроза печени у 3, острых язв кишечника с состоявшимся кровотечением у 4, ТЭЛА у 2. Заключение. Таким образом, основным способом лечения пациентов с вторичным ОГМ является хирургический. Благоприятный исход лечения зависит от своевременности поступления пациентов в стационар с момента начала заболевания, адекватно выполненного оперативного вмешательства, полноценной коррекции гомеостаза, рациональной антибиотикотерапии, своевременной диагностики возникающих осложнений и их своевременного лечения.

148. Особенности обследования и лечения пациентов, страдающих сахарным диабетом, в случаях обширных глубоких флегмон передней брюшной стенки.

Романенков Н.С., Богданов Ю.Н., Шеянов С.Д., Романенков С.Н.

Санкт-Петербург

Городской центр по лечению хирургических инфекций

Актуальность. Декомпенсация углеводного обмена у пациентов, страдающих сахарным диабетом (СД), приводит к развитию гнойно-воспалительных осложнений в 25 - 50% клинических наблюдений. Обширные глубокие флегмоны туловища и конечностей у таких пациентов оказываются причиной летальных исходов в 40% случаев, даже при оказании им медицинской помощи в условиях специализированного стационара. Сахарным диабетом часто страдают люди трудоспособного возраста, поэтому улучшение результатов лечения обширных глубоких флегмон передней брюшной стенки (ОГФПБС) на фоне СД - актуальная задача. Материалы и методы. В 2013 – 2016 гг. в центре по лечению хирургических инфекций Санкт-Петербурга (СПб ГБУЗ «Городская больница №14») медицинская помощь по причине ОГФПБС оказана 24 пациентам. Среди них женщин – 21, мужчин – 3. Возраст больных варьировал от 43 до 82 лет, однако преобладали пациенты от 45 до 60 лет (83% клинических наблюдений). В 22 (91,7%) случаях у больных диагностирован СД в стадии декомпенсации, метаболический синдром. Такая патология углеводного обмена впервые выявлена в 18 (75%) клинических наблюдениях. Причинами развития ОГФПБС у пациентов, данные о которых включены в исследование, в 14 случаях стали внегоспитальные инъекции инсулина, а в 10 клинических наблюдениях произошло нагноение ран передней брюшной стенки после абдоминальных операций. Полученные результаты, их обсуждение. При обследовании и лечении больных соблюдались базисные принципы хирургического лечения гнойно-воспалительных заболеваний. Выбор необходимой антимикробной терапии проводился с учетом схем рационального дозирования антибактериальных препаратов,

чувствительности микроорганизмов, содержащихся в раневом отделяемом, к антибиотикам. В 89,4% случаев при микробиологическом исследовании отделяемого из ран выявлены не монокультура бактерий, а микробные ассоциации. Наиболее частыми возбудителями оказались: стафилококк, протей, кишечная и синегнойная палочки, клостридии, анаэробные патогены. В большинстве клинических наблюдений у больных диагностированы синдром системной воспалительной реакции, сепсис, инфекционно-токсический шок. Течение заболевания у всех пациентов сопровождалось декомпенсацией СД. В 24 (100%) случаях выполнено вскрытие, дренирование гнойного очага с первичной хирургической обработкой гнойной раны. Однако несмотря на радикальный подход к первичной операции, во всех наблюдениях потребовалось выполнение повторных хирургических вмешательств с целью удаления некротизированных тканей. Это, вероятно, связано с тем, что при СД происходит прогрессирующее распространение инфекции по подкожной жировой клетчатке с переходом на фасции и мышцы. В группе исследования пациенты в среднем перенесли 4 ± 2 этапных некрэктомии. Для местного лечения ран применяли: растворы «Бетадин», «Хлоргексидин»; мази «Левомеколь», «Аргосульфан», «Бетадин». При обработке ран использовали ультразвуковую кавитацию. Сроки очищения ран зависели от обширности и глубины поражения, своевременности и адекватности оперативного лечения. У выздоровевших больных койко-день варьировал от 35 до 130. В 16 (66,7%) случаев потребовалось наложение вторичных швов, в 5 (20,8%) клинических наблюдениях также выполнена аутодермопластика расщепленным кожным трансплантатом. Показатель общей летальности в группе исследования составил 33,3%. Причиной смерти во всех случаях стало прогрессирование полиорганной недостаточности на фоне сепсиса, интоксикационный синдром. Выводы. ОГФПБС на фоне СД чаще развиваются у женщин в возрасте от 45 до 60 лет. Для успешного лечения ОГФПБС на фоне СД необходима реализация комплексного мультидисциплинарного подхода, заключающегося в сочетании хирургического вмешательства с адекватной некрэктомией, рациональной антибактериальной и дезинтоксикационной терапии. Результаты оказания медицинской помощи пациентам при ОГФПБС на фоне СД в настоящее время часто оказываются неудовлетворительными, а показатель общей летальности среди этого контингента больных достигает 33,3%.

149. Применение пластических операций в случаях радикального лечения пилонидальных кист

Романенков С.Н., Романова Н.В., Захаров А.Н., Романенков Н.С.

Нефтеюганск

БУ «Нефтеюганская окружная клиническая больница имени В.И.Яцкив»

Введение. Пилонидальная киста (ПК), как правило, диагностируется у пациентов в возрасте от 15 до 35 лет. Единственным радикальным методом лечения в этих случаях является хирургическое вмешательство. При этом операционные раны длительно (более 30 дней) заживают вторичным натяжением, а частота рецидивного течения ПК достигает 40% клинических наблюдений. Учитывая то, что ПК часто страдают люди трудоспособного возраста, улучшение результатов лечения является актуальной задачей. Цель исследования. Оценить эффективность пластики операционной раны местными

тканями при радикальном лечении ПК. Материалы и методы. Проведен анализ данных о лечении 26 больных с ПК в возрасте от 16 до 36 лет, которым выполнены радикальные операции. Мужчин было 23 (88,5%), женщин 3 (11,5%). Диагноз ПК установлен на основании анамнеза, клинической картины, результатов хромофистулографии, рентгенографии крестца и копчика, магнитно-резонансной томографии, ректороманоскопии. Начиная с 2016 года в отделении гнойной хирургии для радикального лечения ПК при наличии разветвленных свищевых ходов, рецидивном течении заболевания, выраженном волосяном покрове в области межъягодичной складки применяется пластика дефекта, возникающего после иссечения ПК, местными тканями. Сущность операции заключается в том, что после хромофистулографии ПК иссекается согласно предоперационной разметке, а операционная рана закрывается ротационным кожно-фасциальным лоскутом, который выкраивается с одной из сторон операционной раны. При таком варианте выполнения операции дефект в области крестца закрывается полностью. Рана дренируется активным дренажом и послойно ушивается без натяжения её краев с формированием межъягодичной складки. Дренаж удаляется через 24-48 часов после операции. Все операции проводили под спинномозговой анестезией. По способу закрытия операционной раны больные распределены на 2 группы: 1-я группа – в 14 (53,8%) случаях края раны подшивались отдельными узловыми швами к крестцовой фасции; 2-я группа – в 12 (46,2%) клинических наблюдениях для закрытия операционной раны применяли ротационный кожно-фасциальный лоскут. Результаты и их обсуждение. У больных, данные о которых включены в 1-ю группу исследования, раны, как правило, заживали вторичным натяжением. Средняя продолжительность госпитализации в этих случаях составила $7,4 \pm 1,4$ дня. Средние сроки амбулаторного лечения – $39,4 \pm 5,6$ дней, а сроки временной нетрудоспособности достигали 52 дней. Пациенты, которым выполнялось пластическое закрытие операционной раны (2-я группа) находились на стационарном лечении до снятия швов, средние сроки госпитализации составили $14,3 \pm 1,8$ дней. При этом операционные раны во всех случаях зажили первичным натяжением. Общая продолжительность временной нетрудоспособности не превышала 25 дней. Результаты лечения прослежены в сроки 3,6,12 месяцев. В 1-й группе диагностировано 3 рецидива заболевания в сроки 3 и 6 месяцев, что обусловило необходимость повторного хирургического вмешательства. Выполнена пластическая операция с одномоментным закрытием раны ротационным кожно-фасциальным лоскутом. Во 2-й группе во все сроки наблюдения рецидива заболевания не было. Выводы: показаниями для пластического закрытия операционного дефекта в случаях радикального лечения больных с пилонидальной кистой явились разветвленные свищевые ходы, рецидивирующее течение заболевания, выраженный волосяной покров в области межъягодичной складки. При пластическом закрытии рана заживает первичным натяжением в 100% случаев, что позволяет почти в 2 раза сократить сроки временной нетрудоспособности. В процессе динамического наблюдения рецидива заболевания после пластической операции не было.

150.Менторинг в хирургии, как способ усиления положительных сторон современного медицинского образования и уменьшения его недостатков.

Мяконький Р.В.

Волгоград

Актуальность. Хирургия является разделом медицины, освоение которого должно строиться на принципах преемственности и менторинга (менторства, наставничества), то есть базироваться на принципах стратегии индивидуального развития специалиста. Наставничество подразумевает обучение специалиста теоретическим знаниям и практическим навыкам, позволяющим ему работать самостоятельно. Происходит от старославянского словосочетания наставлять на ум. Менторство имеет то же смысловое значение, но происходит от собственного имени Ментор: так звали наставника Телемака, сына Одиссея, который поручил Ментору обучать Телемака во время частых и долгих отлучек отца. В отечественном здравоохранении продолжается реформа образования и оптимизация системы оказания медицинской помощи населению. Наряду со многими положительными приобретениями, сформировались и системные проблемы, требующие актуализации. Одной из первостепенных является проблема подготовки хирургов для практического здравоохранения в условиях реформы высшей школы, поскольку перспективы развития здравоохранения России в значительной мере зависят от состояния профессионального уровня и качества подготовки медицинских кадров – главного ресурса отечественного здравоохранения.

Материалы и методы. Проводился анализ открытых источников информации. Полученные результаты. Для получения и закрепления профессиональных навыков начинающему хирургу в процессе самостоятельной работы необходимо постоянное интенсивное обучение в течение 4-5 лет. Конкурентная форма профессионального общения и отсутствие официального института наставников, кураторов начинающих хирургов является актуальной проблемой в современном хирургическом сообществе. Данное обстоятельство повышает риски для пациента, связанные с лечением, особенно в условиях высокотехнологичной медицины. В современном медицинском образовании есть свои дефекты и достоинства. Следует обозначить 5 ключевых пунктов, характеризующих сегодняшнее медицинское образование, имеющих значение для обсуждаемой проблемы.

1. Алгоритмизация и программные решения. Наличие алгоритма и программных решений служит доказательством того, что медицина и медицинское образование являются наукой, а не только сиюминутной практикой. Наличие этих принципиальных новшеств – положительное свидетельство в пользу современной медицины. Однако засилье алгоритмов и программ, включая вытекающие из них стандарты, протоколы и иные официальные государственные регламенты заставляют вспомнить, что они создаются на основании усредненных материалов и фактов. Следует задуматься над тем, что не может существовать понятия «усредненный больной». Каждый пациент имеет не только индивидуальные генетические и иные особенности, но и разные перенесенные в прошлом заболевания и применявшиеся ранее методы лечения и профилактики. Международная статистика и доказательная медицина свидетельствуют, что там, где применяются стандарты, протоколы и другие регламенты, меньше неблагоприятных исходов лечения, осложнений, короче продолжительность лечения. Тем не менее, не следует «натягивать» на каждого больного стандарт, хотя он и служит несомненной «защитой от глупца» (фулпруф, foolproof). Поэтому стандарт должен рассматриваться скорее как «шпаргалка», напоминающая врачу, чтобы он не забыл важных элементов, входящих в усредненные принципы и правила. В интервью «Российской газете» министр здравоохранения РФ В.И. Скворцова подчеркнула, что для врача необходимы скорее не стандарты, а клинические рекомендации, или протоколы лечения. Алгоритмизация и программные решения противоречат принципу персонализированной медицины, которая обозначена как один из приоритетных направлений в развитии российского здравоохранения. Современная концепция персонализированной медицины предполагает использование новых методов молекулярного анализа для улучшения оценки предрасположенности к болезням, их профилактики и лечения. Но пока персонализация понимается зачастую только в

терминах фармакогенетики. В то же время, все врачи прекрасно знают, что выздоровление часто зависит не от характера вмешательства и/или эффективности лекарственной терапии, а от того, верит больной в эту терапию или нет, хочет поправиться или предпочитает роль пациента, нравится ему врач или не нравится – и так далее. Влияние социально-психологической ситуации конкретного больного на эффективность лечения медиками учитывается, но она не является предметом их профессионального интереса.

2. Антидубитация. Этот термин обозначает распространенное среди преподавателей стремление отучать учащихся сомневаться в установленных канонах. На латыни *dubito* означает, сомневаюсь, и без воспитанных в ходе обучения сомнений врач не может быть творческой личностью, а быть ею в любой отрасли медицины, особенно в хирургии, очень важно. При этом уважение к существующим принципам, законам, и даже канонам следует отнести к несомненным достоинствам медицины и медицинского образования. Составной частью пункта антидубитация является злоупотребление дидактикой, что в переводе с греческого означает поучение в ущерб дискуссиям и диспутам. Дидактика, как основной принцип в образовании, наиболее распространена, потому что этот принцип самый доступный и наименее затратный. В ходе медицинского образования студент, а потом и врач недостаточно приучаются к принципу самообразования и к непрерывному получению знаний. Хотя принцип: «Образование через всю жизнь» в настоящее время весьма популярен. Он преследует своей целью реализацию идеи непрерывного образования и самообразования в интересах устойчивого развития. К разделу образовательных дефектов следует отнести отсутствие в программе медицинского образования элементов маевтики (по-гречески – повивальное искусство), созданной еще Сократом и заключающейся в обдуманной системе вопросов, рождающих осознанные ответы. Маевтика стала предтечей эвристики – принципа поиска ответов на задачи, пока еще неразрешимые. Этот принцип входит в изучение математики и не используется в медицинском образовании.

3. Обучение на пациенте входит в программу медицинского образования, и этот «узаконенный» и «контролируемый» вред пока неизбежен. До недавнего времени в нашей стране эффективными способами овладения практическими хирургическими навыками на «доклиническом» этапе считались операции на кадаверном (трупном) и нативном (лабораторных животных) материале. Но, в связи с общепринятым в современном медицинском сообществе биоэтическим вектором и изменением российского законодательства эти варианты освоения профессиональных навыков становятся трудно выполнимыми. Ассистенции на операциях, включающие освоение элементов оперативного пособия, являющиеся обучением на человеке, в исполнении начинающего хирурга и/или на этапе освоения методики даже опытным хирургом сопряжены со значительными социальными рисками, потенциальными ятрогениями. В настоящее время на смену традиционным формам освоения хирургических навыков приходят новые инновационные методы с широким применением фантомного и симуляционного обучения. Однако, компьютеризированные манекены – симуляторы пока еще слишком дороги, чтобы все медицинские вузы могли их иметь в достаточном количестве.

4. Воспитание студента-медика практически не является составной частью преддипломного образования и специализации врача в последипломном образовании. Оно, к сожалению, сегодня только подразумевается, потому что воспитание трудно реализовать методами дидактики и формализованной информатики. Под информатикой подразумеваются методы познания, формализованные в словах, схемах, графиках, цифрах, рисунках. Это самый доступный современный метод познания, и именно он является основным и в средней школе, и в вузе, и в самообразовании. Альтернативой этому принципу являются тацитные методы (от имени римской богини безмолвия Тациты), тацитные знания. В отличие от явных тацитные, неявные знания не могут быть формализованы в пунктах, графиках, цифрах. Они передаются не информацией, а личным примером (делай как я), воспитанием. Тацитные знания могут существовать только с его обладателем. К проявлениям тацитных знаний относятся вера (религия), инстинкт

(генетическая передача нужных, но не осмысливаемых действий), интуиция (способность принять правильное решение, не умея объяснить, почему и как), инсайт (внезапное озарение, якобы во сне), импринтинг (запечатление), коучинг (индивидуальная тренировка, учитывающая специфику каждого учащегося), внутренний цензор (совесть).

5. Отсутствие гуманитарного образования при получении медицинского – важнейший дефект, существующий в зарубежной и в российской образовательных системах. Реализация третьего поколения ФГОС (федеральный государственный образовательный стандарт) высшего профессионального медицинского образования породило тенденцию его дегуманизации, что противоречит требованиям к профессиональной роли врача. Нравственная культура врача – важнейший элемент медицинского профессионализма. Как правило, в понятие «медицинский профессионализм» включается уровень специальных знаний и подготовки, освоение методов и практических навыков медицинской деятельности и т.д. В то же время, очевидно, что без такой составляющей как уровень нравственной культуры медицинских работников проблема формирования медицинского профессионализма вряд может быть успешно решена. Любой, даже самый высокий уровень биомедицинских знаний врача, высокая степень освоения технического обеспечения лечебного процесса могут быть обесценены равнодушием, агрессивностью, безразличием, нарушением правовых и моральных норм профессионального общения. Лишь отчасти этот дефект может быть сокращен развитием наставничества и коучинга, потому что в учебных программах и преддипломного, и последипломного образования практически невозможно найти достаточное количество учебных часов для насаждения гуманитарной (нравственной) культуры. Общеизвестно и доказано отечественными исследованиями и опубликовано зарубежной статистикой, что большинство юридических конфликтов и в России, и за рубежом связано чаще всего именно с этим дефектом: отсутствием гуманитарной культуры. На первом этапе ликвидации этого дефекта необходимо хотя бы познание его значения, а также роли наставничества и коучинга в его сокращении. Преподавателям следует четко осознать, что совершенно необходимо насаждать гуманитарную культуру среди студентов-медиков и врачей. Необходимо учесть, что далеко не все воспринимают сам термин культура однозначно. Между тем, в точном переводе слова *cultura* с латинского языка выглядит конкретно: возделывание, позднее — воспитание, образование, развитие, почитание. Следовательно, культура не передается с генами: она должна целенаправленно выращиваться. Для этого, учитывая недостаток часов в учебной сетке, надо использовать самообразование и наставничество. Можно было бы регламентировать этот тезис в программах образования, в приказах министерств и образования, и здравоохранения.

Обсуждение. Еще в конце прошлого столетия один из ведущих социологов медицины Д. Лэдд отнес профессию врача к «высоким профессиям», или «моральным профессиям», наряду с правом, богословием и т.п. Без наставничества медицина будет все больше становиться важной, необходимой, но бездуховной профессией. Опытным коллегам приблизиться к тому, чтобы стать полноценными наставниками в медицине, можно и нужно. Для этого необходимо осознать значение перечисленных ниже пунктов и принять меры к собственному самосовершенствованию. Характерные черты и задачи настоящего наставника, обозначены А.П. Зильбером и заключаются в следующем.

1. Наставник должен не только знать свой узкий предмет, но и быть человеком достаточной гуманитарной культуры.
2. Наставник разделяет успех своего ученика, но и ответственен за его неудачи.
3. Наставничество включает рекомендацию подопечному других учителей, более знающих или умелых, чем сам наставник.
4. Наставничество сродни родственным связям, а иногда оно даже более тесно.
5. Наставничество – это творческий труд, который должен высоко цениться и оплачиваться материально или нематериально.
6. Высокий профессионализм далеко не однозначен хорошему наставничеству.
7. Наставничество – это пожизненная обязанность и ответственность.
8. Польза прагматизма сиюминутна, но хорошо видима. Наставничество менее заметно, но польза его вечна.

Выводы. Реализация концепции

наставничества возможна на региональном уровне. Ожидаемая эффективность именно регионального подхода объясняется тем, что на местах, можно адекватно оценить конкретные проблемы и потребности. Осуществить концепцию наставничества в регионах возможно через региональные отделения Российского общества хирургов. Представляется целесообразным на их базе в целях поддержки молодых специалистов, способствованию их профессионализации и адаптации в профессии создание Совета молодых (начинающих, не стажированных) хирургов и Совета наставников (кураторов, менторов). Подводя итог, необходимо определить ключевые моменты, касающиеся вопросов кадрового потенциала и социальных рисков. Здоровье продолжает оставаться в обществе главной нематериальной ценностью, определяющей все стороны жизни человека. Для его сохранения и поддержания определяющую роль играет сам пациент, а в случае развития болезни государство законодательно гарантирует качественное оказание медицинской помощи. Молодые специалисты на этапе вхождения в профессию, занимающем до 5 лет являются профессионально и социально уязвимой категорией. Рекомендации. Додипломная и постдипломная подготовка врачей-хирургов, требует развития и широкого внедрения в практику эффективного института наставничества с опорой на региональные профессиональные сообщества, что позволит усилить положительные стороны современного медицинского образования и уменьшить существующие его недостатки. При этом, весьма важно осуществление принципа равноправия в системе ученик-наставник, которое может быть реализовано через создание соответствующих Советов.

151. Результаты лечения больных с острым панкреатитом

Оленев Е.А., Выговский Н.В., Головнёв В.А., Павлик В.Н., Соколов С.В.

Новосибирск

ФГБОУ ВО "Новосибирский государственный медицинский университет" Минздрава России

Актуальность. Острый панкреатит является одним из самых распространенных острых заболеваний органов брюшной полости и занимает по частоте третье место после аппендицита и острого холецистита. По данным Савельева В.С. с соавторами (1996), Wajda Z. et al. (1992), происходит достоверное увеличение деструктивных форм панкреатита (Деговцов Е.Н., 2005). Лечение острого деструктивного панкреатита остается сложной проблемой современной хирургии (Видмайер У., Рау Б., и др., 1997; Дадвани С.А., Шулутко А.М., Лотов А.Н., Данилов А.И. Ветшев П.С., Мусаев Г.Х., 2000). Ранние оперативные вмешательства направлены на ликвидацию разлитого перитонита и оментобурсита, уменьшение отёчно-воспалительных изменений в забрюшинной клетчатке вокруг поджелудочной железы, а также в самой железе, на снятие гипертензии в желчевыводящих путях и панкреатических протоках (Стойско Л. В., Толстой А. Д., и др., 2000.; Aggarwal P, Handa R, Wali JP., 1997). Важно отметить, что на сегодняшний день в зависимости от фазы развития патологического процесса и тяжести состояния больного (Кочуев С. С., 2005) с панкреонекрозом существуют различные концепции в тактике лечения при этом заболевании (Краснорогов В.Б., Мосягин В.Б., Смелянский А.И., Ростовский А.Б., 1998). Оперативное лечение острого деструктивного панкреатита преследует цель не столько купировать острый приступ болезни, сколько создать условия,

позволяющие исключить вместе с консервативным лечением рецидив панкреатита и не допустить летального исхода в связи с местными осложнениями. Материалы и методы. Данные 527 историй болезни пациентов, поступивших в отделения экстренной (неотложной) хирургии с диагнозом острого панкреатита по скорой медицинской помощи или в порядке самообращения в период за 2016г. в нескольких многопрофильных стационарах г. Новосибирска. Из них женщин было 223 человека (42,31%), мужчин – 304 человека (57,68%). При этом, их возраст составил от 27 до 82 лет. Результаты оценивали с помощью статистического метода. Полученные результаты. По результатам нашего исследования, среди всех поступивших в экстренном порядке, консервативное лечение получали 477 человек (90,51%), при этом эффективное лечение наблюдалось у 475 человек (90,13%), 2 (0,37%) человека скончались, что было обусловлено давностью их заболевания, поздним обращением, тяжестью состояния, развившимися вследствие этого осложнениями, возрастом и сопутствующую терапевтическую патологию (в 64,75% случаев – сердечно-сосудистые заболевания). Оперативное лечение получали 52 человека (9,86%), при этом, учитывая тяжесть состояния, возраст и наличие сопутствующей патологии, скончались 11 человек (2,08%). При этом, наиболее часто развитие заболевания пациенты связывали с приёмом алкоголя (42,45%) и алиментарной (37,5%) погрешностью. Выводы и рекомендации. 1. При лечении острого панкреатита в подавляющем большинстве эффективное лечение достигалось консервативным методом. 2. Оперативное лечение применялось, как правило, при в случае осложнений течения острого панкреатита. 3. Летальность пациентов с данной нозологией обусловлена давностью заболевания, поздним обращением, тяжестью состояния, развившимися вследствие этого осложнениями, возрастом и сопутствующей терапевтической патологией. 4. Наиболее частой причиной острого панкреатита являлись алкоголь и алиментарная погрешность.

152. Развитие острых перфоративных язв тонкой кишки в послеоперационном периоде как предиктор неблагоприятного исхода заболевания

Сингаевский А.Б. (1), Врублевский Н.М. (2), Несвит Е.М. (1), Эфендиева М.А. (1)

Санкт–Петербург

1) Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова, 2) СПб ГУЗ «Городская больница № 40»

Актуальность: Тяжесть послеоперационного периода зависит от развития различных послеоперационных осложнений, возникновение которых меняет тактику ведения больного. Некоторые не столь часто встречающиеся осложнения являются крайне опасными как в связи с их тяжестью, так и из-за отсутствия общепринятого алгоритма ведения таких больных. Развитие острых перфоративных язв тонкой кишки в раннем послеоперационном периоде является крайне неблагоприятным прогностическим признаком с высоким показателем летальности в данной группе пациентов. Материал и методы: проведено исследование на основе анализа 58 больных, проходивших оперативное лечение по поводу различных нозологий, ранний послеоперационный период которых осложнился развитием острых перфоративных язв различных отделов тонкой кишки. Полученные результаты: среди пациентов преобладали женщины – 37 (63,8%), мужчин было 21 (46,2%), средний возраст пациентов 61,7±0,2 года. Первое оперативное

вмешательство чаще всего было выполнено в связи с различными онкологическими заболеваниями органов брюшной полости – 52 (89,7%) пациента, у 6 больных (10,3%) операция выполнялась по поводу острой спаечной непроходимости. Причем в первой группе больных 36 (69,2%) пациентам была выполнена радикальная операция, 16 (30,8%) больным паллиативная операция. У 46 (79,3%) больных отмечался отягощенный коморбидный фон в виде наличия трех и более соматических заболеваний, таких как ИБС (ГБ, АГ, АКС, ОНМК в анамнезе), СД, ХОБЛ, ХБП в различных стадиях. 10 (17,2%) больных имели ранее выявленный онкологический анамнез, а нынешняя госпитализация была связана с прогрессированием заболевания. Во всех случаях послеоперационный период протекал тяжело, что отражалось в значительных изменениях показателей клинического (снижение уровня гемоглобина, эритроцитов, тромбоцитов, повышение уровня лейкоцитов) и биохимического (повышение уровня трансаминаз, мочевины и креатинина, общего билирубина и его фракций, лактата) анализов крови, несмотря на проводимую терапию. Непосредственно развитие острых перфоративных язв тонкой кишки происходило на 3-6 сутки после операции. Во всех случаях перфорации носили множественный характер и требовали в среднем выполнение 4 релапаротомий (от 1 до 15). У всех больных развивалась полиорганная недостаточность, у 46 (79,3%) пациентов был диагностирован сепсис. Продолжительность госпитализации пациентов составила в среднем $25,3 \pm 0,6$ суток (от 4 до 112 суток). Среди пациентов с острыми перфоративными язвами тонкой кишки отмечался крайне высокий уровень летальности – 48 (82,8%) пациентов. Обсуждение и выводы: с целью предупреждения развития тяжелых послеоперационных осложнений, таких как острые перфоративные язвы тонкой кишки необходимо определить систему предикторных факторов, определяющих риск развития данного осложнения, и создать стандартизированный алгоритм диагностики и лечения таких больных.

153. Имплантаты с памятью формы в хирургии желудочно-кишечного тракта.

Кучко А.С., Рыбачук С.Н., Кучко С.К., Голота Е.А., Ахметчанова Ю.Ю., Дегтярев А.А.

Комсомольск-на-Амуре

КГБУЗ «Городская больница № 7».

Новые перспективы в развитии технологий межкишечного шва проявились в связи с открытием материалов с «памятью формы», на базе одного из них – никелида титана - были созданы различные устройства для формирования компрессионных анастомозов. Анастомоз на 9/10 окружности формируется за счет компрессии и лишь 1/10 его часть закрывается вручную. Имплантаты с «памятью формы» для формирования компрессионных анастомозов, наряду с аппаратными и классическим «ручным» способами используются в г. Комсомольске-на-Амуре с 1995 года. В 1 хирургическом отделении КГБУЗ «Городская больница № 7» с 2012 по 2016 гг. резекция тонкой кишки произведена по поводу экстренных (36) и плановых (3) заболеваний. Анастомозы с помощью имплантатов с памятью формы сформированы у больных с разлитым перитонитом на почве острой сосудистой недостаточностью кишечника (3) и запущенной кишечной непроходимостью с перитонитом (2). Обходные компрессионные анастомозы выполнены двум плановым пациентам с АМК 12-перстной кишки. Погибла одна

пациентка, оперированная по поводу острой сосудистой недостаточности тонкой кишки в связи с ретромбозом. В группе пациентов с наложенным «ручным» анастомозом (32) имели место 4 случая недостаточности швов анастомоза, потребовавшие релапаротомии (2) и лапаростомии (2), из них погибли 3 больных. За анализируемый период работы, наряду с ЭПСТ (74 случая), билиодигестивные анастомозы были выполнены 22 больным. У двух пациентов выполнена компрессионная гепатикоюностомия на выключенной петле, у 6 - холецистоеюноанастомоз на выключенной петле с использованием имплантата с памятью формы, у трех больных такой анастомоз сформирован «вручную». Холедоходуоденоанастомоз у 10 пациентов сформирован по Юрашу, в одном случае наложен компрессионный анастомоз. Мы вернулись к традиционному способу наложения холедоходуоденоанастомоза в связи с тем, что предложенная для этих целей конструкция из никелид титана имеет излишне большой размер (1,8x0,8 мм), в связи с чем в ряде случаев в отдаленном периоде обусловило развитие холангита. Из осложнений, связанных с техникой наложения анастомоза в анализируемой группе больных, в одном случае из 13 после наложения ручного холецистоеюноанастомоза сформировался наружный желчный свищ, после компрессионных анастомозов (9) осложнений не было. За 5 лет в отделении оперированы 98 пациентов осложненным раком толстой кишки, у всех их имела место обтурационная кишечная непроходимость, сочетанная с перфорацией опухоли у 7 человек, супрастенотическим некрозом толстой кишки у 5 больных. У 69 пациентов имела место II-III стадия заболевания, у 29 человек – IУ стадия. Первично-восстановительные операции были выполнены у 53 (54,1%) больных, из них 14 - по экстренным показаниям, 11 – по отсроченным показаниям, 28 больным выполнены ранние плановые операции. Из 98 оперированных пациентов умерло 11 (11,2%), из них у 4 пациентов летальный исход наступил после колостомии и у 4 больных – после операции Гартмана. При наложении межкишечного анастомоза у больных с раком толстой кишки использовались имплантаты «с памятью формы» у 29 больных (умерло 2), у шестнадцати пациентам сформированы аппаратный анастомоз, еще в 17 случаях анастомоз выполнен классическим ручным способом (умерла 1 больная). За анализируемые 5 лет было оперировано 14 пациентов с другими экстренными заболеваниями толстой кишки; компрессионные анастомозы были наложены у 4, «ручной» анастомоз – у 5 (умерло 2), аппаратный – у 1, в 4 случаях выполнена операция Гартмана (умерла 1 больная); 12 пациентов оперированы в плановом порядке; в 7 случаях наложен компрессионный анастомоз, у 5 больных – аппаратный. Релапаротомия (3) и лапаростомия (1) потребовалась 4 больным, оперированных по поводу экстренной патологии толстой кишки. Недостаточность швов анастомоза имела место при формировании аппаратных (2) и «ручных» анастомозов (2), один больной погиб. Несостоятельность швов компрессионного межкишечного анастомоза (3 случая) протекает более благоприятно, так как сдача швов происходит лишь в той части анастомоза, которая формируется вручную. Во всех случаях свищи после компрессионных анастомозов закрылись самостоятельно в течение 5-12 дней. Многолетний опыт применения компрессионных устройств позволил нам выявить существенные преимущества такого анастомоза в экстренной хирургии толстой и тонкой кишки. Применение имплантатов с «памятью формы» позволило нам существенно увеличить долю первично-восстановительных операций при осложненном раке толстой кишки, снизить процент летальности и осложнений в виде недостаточности швов анастомоза, свести до минимума количество релапаротомий

154. Микрохолецистостомия в хирургическом лечении заболеваний желчевыводящих путей.

Кучко С.К., Кучко А.С., Ахметчанова Ю.Ю., Верхотурова С.Ф., Белоусов Е.В.

Комсомольск-на-Амуре

КГБУЗ «Городская больница № 7»

Лапароскопическая микрохолецистостомия (ЛМХС) в лечении осложненных форм острого холецистита и механической желтухи, была разработана отечественными хирургами в начале 70-ых годов XX столетия. В г. Комсомольске на Амуре ЛМХС была впервые выполнена в феврале 1977 года. В первые годы ЛМХС выполнялась у 40-50 больных; в последующем, в связи с внедрением эндоскопической папиллосфинктеротомии (ЭПСТ), количество выполняемых ЛМХС существенно уменьшилось. ЛМХС и ЭПСТ у больных с острым холециститом и механической желтухой хорошо зарекомендовали себя в качестве промежуточных операций для подготовки пациентов с осложненными формами вышеперечисленных заболеваний к последующему радикальному хирургическому лечению. При подозрении на холедохолитиаз, первоначально выполняется ЭПСТ; при невозможности ее выполнения или отсутствии эффекта выполняется ЛМХС. При остром панкреатите с желчной гипертензией и у отягощенных соматически пациентов, поступивших по поводу острого холецистита, осложненного парапузырным инфильтратом - выполняется ЛМХС. В отдельных случаях у больных с послеоперационными рубцами на животе применяется МХС под контролем УЗИ. МХС как способ снятия желчной гипертензии, применяется нами при выполнении открытой операции при панкреонекрозе. За 5 лет в 1 хирургическом отделении лечились 909 пациентов острым холециститом, 1418 больных острым панкреатитом, 56 человек со злокачественными новообразованиями желчевыводящих путей. ЛМХС была выполнена у 54 пациентов, в т.ч. 42 больным с механической желтухой, в т.ч. 16 человек с холедохолитиазом, 20 пациентов с раком гепатопанкреатодуоденальной зоны, 3 – с псевдотуморозным панкреатитом и 3 больных с острым панкреатитом. Возраст 44 больных превышал 60 лет. Без выписки из стационара на 5-14 сутки после ЛМХС были оперированы 11 больных с холедохолитиазом; у 8 выполнена холецистэктомия с холедохолитотомией, у 3 операция дополнена холедоходуоденостомией. 5 отягощенных соматически пациентов были выписаны из отделения после купирования желтухи, повторно госпитализированы и оперированы через 2-3 месяца. Умерших не было. В группе больных с онкологическими заболеваниями 11 человек после купирования желтухи были направлены в ГОД для дальнейшего лечения. 3 пациента с 4 стадией заболевания были выписаны на симптоматическое лечение в поликлинику. У 3 больных наложен обходной холецистоеюноанастомоз. 3 пациентов умерли от прогрессирующей печеночной недостаточности. У больных с псевдотуморозным панкреатитом в 2 случаях наложен холецистоеюноанастомоз, у 1 больного было выполнено вскрытие кисты поджелудочной железы, холецистэктомия с гепатикоеюноанастомозом. У 3 пациентов с острым панкреатитом, при выполнении лапароскопии произведено: МХС, санация и дренирование брюшной полости; данный вариант лечения явился окончательным. МХС была использована в 24 случаях из 146, при «открытых» операциях по поводу острого панкреатита и панкреонекроза. В 3 случаях поводом для ЛМХС послужил прогрессирующий холестаза у больных с циррозом печени. У 9 больных старческого возраста ЛМХС была выполнена при остром холецистите с парапузырным инфильтратом. Без выписки из стационара холецистэктомия была выполнена 3 пациентам, у 2 – микрохолецистостома была удалена перед выпиской. 4 больных с функционирующей микрохолецистостомой госпитализированы повторно через

2-3 месяца, оперированы в плановом порядке. Несмотря на снижение числа ЛМХС, данная операция продолжает оставаться надежным способом в этапном лечении наиболее тяжелой группы больных. При этом ЛМХС не конкурирует с ЭПСТ, оба метода взаимно дополняют друг друга. Мы практически не наблюдаем осложнений ЛМХС. Конечно ЛМХС удлиняет сроки лечения, но улучшает его результат. За 5 лет послеоперационная летальность среди больных острым холециститом составила 0,9% (2 из 228 оперированных). Среди больных, с острым панкреатитом и панкреонекрозом 13,7% (20 человек из 146).

155. Анализ результатов лечения пациентов с сочетанной травмой головы, груди и живота в травмацентре II уровня за период 2016г.

Оленев Е.А., Жуков Д.В., Выговский Н.В., Родыгин А.А., Соколов С.В., Павлик В.Н.

Новосибирск

ФГБОУ ВО «Новосибирский государственный медицинский университет» Минздрава России

Актуальность. На сегодняшний день число пострадавших и погибших от травм продолжает оставаться достаточно высоким. Рост травматизма обусловлен интенсивной урбанизацией, увеличением числа автотранспортных средств, высотным градостроительством, глобальным изменением темпа и ритма жизни современного человека (Кочергаев О.В., 1999). По данным ВОЗ, смертность от механических травм занимает третье место среди всех летальных исходов и выходит на первое место у лиц, погибших в возрасте моложе 40 лет (Гуманенко Е.К., 1992; Вагнер Е.А. и соавт., 1994), ежегодно в мире от разных травм погибает около 1,5 млн. человек (В.Н. Боровков, 2010). Характерной особенностью современного травматизма является возросшая частота тяжелых сочетанных повреждений (Багдасарьянц В.Г., 2010; Соколов В.А., 2002; Tiemann A.H. et al., 2004; Gao J.M. et al., 2005). Это обусловило создание травмацентров, где нашла широкое применение хирургия повреждений («военно-городская хирургия», Петровский Б.В., 1998г.). Активнее стала внедряться тактика многоэтапных запрограммированных оперативных вмешательств Damage control surgery. Вопросом времени остаётся создание общей шкалы оценки тяжести состояния пострадавших с сочетанной травмой. Материалы и методы. Материалами являются данные 78 историй болезней пострадавших с автодорожными, колото-резанными травмами, кататравмами головы, груди и живота из городской больницы, имеющей статус травмацентра II уровня за период 2016г.г. Результаты оценивали с помощью, клинического, анатомического методов и статистического метода, программы «MedStatistica». Полученные результаты. Сочетанная торакоабдоминальная травма составила 19,5% (15 пациентов), травма головы и груди – 4,75% (3), травма головы и живота составила 28,5% случаев (15 пациентов). При этом, среди повреждений головы закрытая черепно-мозговая травма (ЧМТ) встречалась в 72,5% случаев, открытая ЧМТ в 27,5% (из них проникающая – 23,2%). По степени тяжести преобладала средняя (63%), тяжёлая и крайне тяжёлая составили, соответственно, 29% и 8%. В 74% случаев (58 человек) лечение проводилось на этапе травмацентра II уровня, 14 пострадавших (18%) были направлены на этап травмацентра I уровня (Областная клиническая больница), где им оказывалась узкоспециализированная медицинская

помощь (3-й этап тактики Damage control surgery), 6 пациентов (8%) скончались. В состоянии средней степени тяжести и тяжёлом пациентам выполнялась одномоментная операция, в тяжёлом и крайне тяжёлом состоянии – двухмоментная и более через отделение реанимации (1-й и 2-й этапы Damage control surgery). При этом, среднее количество койко-дней, проведённых пациентами с сочетанной травмой живота и другой анатомической области составило 62, из них в отделении реанимации находилось - 37,5. Выводы и рекомендации. 1. Среди пострадавших с сочетанной травмой преобладает ЧМТ. 2. Пострадавшим с сочетанной травмой в крайне тяжёлом состоянии оперативное вмешательство всегда следует разделять на два и более этапа на фоне интенсивной терапии. 3. Пострадавшим основным объём лечения оказывался на этапе травмацентра II уровня, однако, при необходимости оказания узкоспециализированной и высокотехнологичной медицинской помощи, по стабилизации состояния, проводилась транспортировка на следующий этап. 5. Лечение пациентов с ЧМТ длительное и должно занимать достаточный период их пребывания в реанимационном отделении. 6. Работа в травмацентре II уровня полностью соответствует тактике многоэтапного хирургического лечения.

156. Травма поджелудочной железы. Результаты усовершенствования подходов к диагностике и лечению.

Сингаевский А.Б. (1), Петров С.В. (2), Сигуа Б.В. (1), Врублевский Н.М. (3), Курков А.А. (1)

Санкт-Петербург

1) СЗГМУ им. И.И. Мечникова, 2) Елизаветинская больница, 2) Городская больница №40

Частота травм поджелудочной железы (ПЖ) невелика и составляет от 4,3% до 10,7%. Послеоперационные осложнения возникают у 32-75% пострадавших. Летальность достигает 73%. Своевременная диагностика и лечение пострадавших с травмами ПЖ является актуальной проблемой хирургии повреждений. Цель исследования: Улучшить результаты лечения пострадавших с травмами ПЖ. Материалы и методы. Проанализированы результаты лечения 182 пострадавших с повреждениями ПЖ, находившихся на лечении в хирургических отделениях Елизаветинской больницы и Городской больницы №40 с 1991 по 2012 годы. С 1991 по 2015 годы в хирургических отделениях Елизаветинской больницы и Городской больницы №40 находилось 182 пострадавших с травмой ПЖ. 97 пациента, находившихся на лечении с 1991 по 2003 годы составили I группу, 85 пациентов, пролеченных с 2004 по 2015 годы, - II группу. При этом преобладали закрытые повреждения ПЖ – 84,5% и 69,4%. Результаты и обсуждение. УЗИ выполнено 46 из 59 пострадавших с закрытой травмой живота ЗТЖ в II группе, при этом изменения со стороны ПЖ выявлены лишь в двух случаях (4,3%). Чувствительность метода для определения показаний для операции составила 84,8%. При ранениях живота УЗИ применялось в двух случаях при сомнении в проникающем характере ранения. В I группе данное исследование применено в 38 из 82 случаев ЗТЖ. Изменения со стороны ПЖ в данной группе выявлены лишь в 1 случае, где имел место разрыв головки. Компьютерная томография (КТ) выполнена у 7 пациентов из II группы. Изменения со стороны ПЖ были выявлены лишь в одном случае. У 5 пострадавших выполнение КТ

позволило выявить косвенные признаки повреждения соседних с железой органов и структур. Все пострадавшие из обеих групп оперированы. При ЗТЖ с повреждением ПЖ лапароскопия применена у 55,9% пострадавших II группы по сравнению с 31,7% в I группе. При ранениях ПЖ данная методика применена в 4 и 1 случаях соответственно. В остальных случаях сразу выполнялась лапаротомия. Внедрение современных методов диагностики позволило сократить среднее время от момента госпитализации до операции с $9,3\pm 3,2$ до $3,3\pm 1,0$ часов ($p<0,05$). При лапароскопии во всех случаях выявлены либо непосредственные повреждения внутренних органов, либо их косвенные признаки в виде гемоперитонеума. Во всех случаях было принято решение о конверсии доступа. Резекция ПЖ, имевшая место в 14 случаях в I группе и в 5 во II, выполнялась в подавляющем числе при повреждении хвоста железы. ПДР выполнена в одном случае при проникающем колото-резаном ранении головки ПЖ с повреждением двенадцатиперстной кишки, желудка и нижней полой вены. Тампонирование сальниковой сумки, которое еще недавно было широко распространенным, в настоящее время применяется достаточно редко и в II группе имело место лишь в 3 случаях (в рамках тактики «damage control») по сравнению с 34 в I группе. Все операции были завершены дренированием брюшной полости. Наиболее частым послеоперационным осложнением травм ПЖ явился панкреатит – 17,6% в структуре всех осложнений в II группе и 34,0% в I группе. Из гнойно-септических осложнений наиболее часто встречались абсцессы брюшной полости и флегмоны забрюшинного пространства, которые развивались после тампонирования сальниковой сумки – в 81,2% (13) случаев в I группе, а в основной после резекции ПЖ и дренирования сальниковой сумки – по 28,6% (2) соответственно в II группе. Благодаря совершенствованию лечебно-диагностической тактики отмечено снижение общей летальности при абдоминальной травме с повреждением поджелудочной железы с 24,7% до 18,8%, а средний показатель койко-дня снизился с $26,7\pm 2,9$ до $18,6\pm 1,7$ ($p<0,05$). Выводы. Современные методы лучевой диагностики, как правило, позволяют выявить лишь косвенные признаки повреждения поджелудочной железы, однако их использование обосновано с точки зрения сокращения сроков обследования и объективизации показаний к эндовидеохирургическим или открытым вмешательствам. С целью уменьшения риска развития гнойно-септических осложнений в большинстве наблюдений объем операций должен сводиться к дренированию. Также целесообразно ограничить использование тампонирования сальниковой сумки лишь рамками лечебной тактики «damage control»

157. Тактика при нестандартных ситуациях после бандажирования желудка.

Юдин В.А., Мельников А.А., Мельникова И.А., Бизяев С.В.

Рязань

ГБУ РО "ОКБ"

Введение. История бариатрической хирургии охватывает немногим более 60 лет. В течение этого времени предложено более чем 50 различных операций и их модификаций. Технологии основываются на рестриктивных, мальабсорбтивных, либо комбинированных изменениях желудочно-кишечного тракта. Применение у больных ожирением лапароскопических методик, принципов ускоренной реабилитации после операции, способствуют активному развитию хирургии избыточного веса. В настоящее время одной

из популярных методик является лапароскопическое регулируемое бандажирование желудка. После этой операции хирург может столкнуться как с общехирургическими в виде кровотечения, перфорации органов, инфицирования и нагноения ран, развития венозных тромбоэмболических осложнений, застойных изменений в легких, так и специфическими осложнениями - смещение или пролежень манжеты, расширение пищевода, негерметичности системы. В исследовании отражен анализ встретившихся в послеоперационном периоде осложнений, требующих urgentной хирургической помощи. Материал и методы. Произведен анализ результатов лечения пациентов с морбидным ожирением, оперированных в отделении хирургии №2 ГБУ РО «ОКБ» за период с 2013г. По методике лапароскопического бандажирования желудка выполнена 61 операция. Из них в 6 (9,8%) случаях столкнулись с послеоперационными осложнениями в период от 1 года до 3 лет. При этом в 3 (4,9%) случаях потребовалась повторная операция, выполненная лапароскопическим доступом. Результаты и их обсуждение. Одним из частых осложнений бандажирования желудка является смещение манжеты (slippage) в отдаленном послеоперационном периоде (Vinzens F., et al., 2017; Sharples A.J., et al., 2017), которое может вызвать непроходимость на уровне желудка, что мы наблюдали в 6 случаях. Смещение манжеты произошло в срок от 8 месяцев до 3 лет. При этом, во всех случаях, пациентами отмечено нарушение режима питания с эпизодами переедания вплоть до развития тошноты и рвоты. Ухудшение наступало остро, проявлялось нарушением прохождения пищи и воды через желудок с многократной рвотой. Все обратились за медицинской помощью в течение суток. Удаление жидкости из системы бандажа не приводило к восстановлению эвакуации. При обследовании, на рентгеноскопии брюшной полости, выявлено отсутствие прохождения водорастворимого контраста через область стояния кольца бандажа с формированием «каскада» в кардиофундальном отделе желудка. Во всех случаях экстренно выполнено ФГДС с санацией желудка. После этой процедуры, в 3х случаях, эвакуация содержимого привела к расправлению «каскада» и восстановлению проходимости желудка. В остальных 3 случаях, больные оперированы в срок до 6 часов с момента поступления – лапароскопическое удаление системы бандажа. Исход – выздоровление. Спустя 3 месяца после операции, этим 3 пациентам выполнены другие варианты бариатрических операций (2 гастрешунтирования и 1 продольная резекция желудка), так как удаление системы бандажа приводило к рецидиву набора веса. Выводы. Смещение манжеты бандажа одно из опасных осложнений при бандажировании желудка, которое развивается в отдаленном послеоперационном периоде. Для диагностики состояния важно отсутствие эвакуации водорастворимого контраста из желудка с формированием «каскада». Выполнение ФГДС при таком состоянии считаем необходимым, так как это может способствовать восстановлению пассажа пищи и воды через желудок. В остальных случаях оптимальной помощью считаем лапароскопическое удаление системы бандажа.

158.Перспективы применения современных санационных технологий в лечении флегмон области шеи

Сергеев В.А., Глухов А.А.

Сергеев В.А.(1), Глухов А.А.(2) 1) Орел, 2) Воронеж

Актуальность. Проблема лечения флегмон области шеи продолжает оставаться актуальной на современном этапе. Около половины больных, находящихся на стационарном лечении в отделениях челюстно-лицевой хирургии, и 10–20 %, обращающихся за амбулаторной помощью в кабинеты стоматологических поликлиник, - это больные с воспалительными заболеваниями лица и шеи. Наряду с появлением вялотекущих форм, приводящих к хронизации процесса, возросло число случаев распространенного течения (от 3 до 28 %) одонтогенных флегмон. Цель: Оценить эффективность комплексного подхода при лечении флегмон области шеи с применением различных санационных технологий: ультразвуковых, вакуумных, метода программной ирригационно-аспирационной санации (ПИАС). Материал и методы: За период 2010-2016 годы под нашим наблюдением находились 22 пациентов с гнойными флегмонами области шеи в возрасте от 24 до 62 лет. Мужчин было 15, женщин – 7. Причинами развития флегмон шеи были: флегмона дна полости рта после экстракции зуба у 18 больных, флегмонозная ангина – у 2 пациентов, травма нижней челюсти – в 2 случаях. Все больные были оперированы в первые сутки поступления. С целью оптимизации процесса заживления использовали обработку гнойного очага ультразвуком, вакуум-терапию и метод ПИАС. Ультразвуковую кавитацию раневой полости проводили аппаратом Sonosa 185 фирмы Soring, а для создания локального отрицательного давления (ЛОД) в полости раны и для применения метода ПИАС использовали устройство АМП-01, имеющее сертификат соответствия и регистрационное удостоверение. Блок управления устройства позволяет задавать программу циклического нагнетания антисептического раствора в гнойную полость под давлением, а затем после его экспозиции - активную аспирацию отработанного раствора. Устройство работает по циклическому принципу в автономном режиме, позволяет выбрать параметры санации (скорость, объем нагнетания или аспирации) и осуществлять индивидуальный подход к лечению каждого конкретного случая. Устройство оснащено датчиком давления, поддерживающим в автоматическом режиме определенный уровень разряжения в полости гнойного очага. После адекватной хирургической обработки гнойной раны с применением ультразвуковой кавитации устанавливали трубчатые дренажи в наиболее низкие места раневой полости и выводили их через контрапертуры. Послеоперационная рана ушивалась наглухо, а дренажи подсоединяли к оригинальному устройству АМП-01. Программную санацию осуществляли каждые 3 часа, чередуя ее с периодом отрицательного давления в гнойной полости (1-2 часа), создаваемым устройством АМП-01 в режиме «аспирация». Данную методику применяли в первые 3-5 суток лечения, а затем переходили на постоянную аспирацию. Общая терапия включала адекватное назначение антибиотиков с учетом чувствительности их к выделенной микрофлоре, иммуномодулирующих препаратов, общеукрепляющее лечение, детоксикационную терапию. При необходимости применялись методы активной иммунизации больных. Для оценки результатов лечения применяли следующие методы исследования: общеклинические, бактериологический, бактериоскопический, цитологический, математический. Результаты: Практически у всех больных уже на 2-3-и сутки отмечалось значительное уменьшение болей и воспалительных явлений в области раны, к 3 - 4-м суткам боли полностью исчезали у 94% пациентов, а воспалительные явления полностью купировались к 6-7-м суткам. Нормализация температуры тела у больных происходила к 3-5-м суткам, а нормализация количества лейкоцитов отмечена уже к 6-7-м суткам от начала лечения. Снижение уровня микробной обсемененности гнойной полости ниже критического уровня мы отмечали на 3-4-е сутки, Сроки пребывания в стационаре больных составили $13,2 \pm 2,4$ суток, а длительность полного заживления ран в составила $18,2 \pm 2,8$. Выводы. Комплексный подход при лечении флегмон области шеи с применением ультразвука, ЛОД и метода

ПИАС способствует более ранней деконтаминации гнойного очага, очищению его от некротических тканей и фибрина, уменьшению перифокального воспаления, что позволило в наших наблюдениях сократить сроки лечения больных.

159.Обоснование эффективности применения ингаляций синглетного кислорода в послеожоговой метаболической реабилитации

Мартусевич А.К., Разумовский А.В., Мартусевич А.А., Краснова С.Ю.

Нижний Новгород

Мартусевич А.К. (1), Разумовский А.В. (2), Мартусевич А.А. (3), Краснова С.Ю. (1) 1) ФГБУ «ПФМИЦ» Минздрава России, 2) ФГБОУ ВО НижГМА Минздрава России, 3) ФГАОУ ВО ННГУ им. Н.И. Лобачевского

Синглетный кислород (СК) – особое возбужденное состояние молекулы кислорода, обладающее повышенными энергией и окислительным потенциалом, а также крайне малым временем существования в свободной форме. Генерация СК провоцирует образование в среде других активных форм кислорода (АФК), причем в высоких концентрациях СК данный процесс носит цитотоксический характер, тогда как действие малых доз АФК слабо изучено. В наших предшествующих исследованиях показано, что обработка образцов крови газовым потоком, содержащим СК, в условиях *in vitro* обеспечивает стимуляцию энергетического и окислительного метаболизма. При этом влияние ингаляций СК на организм человека и животных раскрыто недостаточно полно. На этом основании целью работы служила комплексная оценка модификации кристаллогенных свойств сыворотки крови крыс при ингаляциях СК. Материалы и методы исследования. В исследование были включены 30 половозрелых крыс-самцов линии Вистар, разделенных на 2 равные по численности группы. У животных контрольной группы (n=15) проводили лишь однократное получение образцов крови без выполнения других манипуляций. Крысы основной группы (n=15) получали 10-дневный курс ежедневных ингаляций газового потока, исходно содержащего СК (продолжительность процедуры – 10 мин.), после завершения которого у них получали образцы крови. Кристаллогенные свойства плазмы крови изучали с помощью метода тезиокристаллоскопии. Оценку результата собственного кристаллогенеза проводили с использованием собственной системы параметров. Основными визуаметрическими показателями, оцениваемыми в балльной шкале, служили кристаллизуемость (отражает количественную сторону кристаллизации – плотность кристаллических элементов в фации), индекс структурности (характеризует сложность структуропостроения), степень деструкции фации (представляет собой индикатор качественной стороны процесса – правильности образования структур) и выраженность краевой зоны микропрепарата. Полученные данные были обработаны статистически в программном пакете Statistica 6.1 for Windows. Результаты и их обсуждение. Установлено, что проведение здоровым животным курса ингаляций СК способствует оптимизации физико-химических свойств, оцениваемых по кристаллогенной активности. Так, изучаемое воздействие обеспечивает активацию структуризации биосреды, что проявилось в увеличении плотности кристаллических элементов и их существенном усложнении. На это указывает нарастание уровня кристаллизуемости и индекса структурности на 21 и 32% относительно животных

контрольной группы соответственно ($p < 0,05$). Выявленная тенденция полностью согласуется с закономерностями, обнаруженными нами при обработке потоком, содержащим СК, образцов крови *in vitro*. Также следует подчеркнуть, что оцениваемое воздействие, усиливая кристаллогенную активность биосреды, не оказывает негативного влияния на «правильность» кристаллогенеза, визуализируемую по уровню параметра «степень деструкции фации». Более того, после проведения курса ингаляций СК обнаружено умеренное снижение данного показателя (-14% по сравнению с интактными животными; $p < 0,05$). К позитивным сдвигам кристаллогенной активности плазмы крови также следует отнести небольшое расширение краевой белковой зоны микропрепаратов высушенной биологической жидкости, оцениваемое по уровню соответствующего параметра. Подобная динамика косвенно свидетельствует о повышении доли белков с нативными конфигурацией и физико-химическими свойствами. Заключение. Таким образом, проведение здоровым животным курса ингаляций синглетного кислорода способствует оптимизации кристаллогенных свойств сыворотки крови, что положительно характеризует адаптивный потенциал данного воздействия.

160. Влияние депонированной формы оксида азота на параметры окислительного стресса при экспериментальной термической травме

Мартусевич А.К., Соловьева А.Г.

Нижний Новгород

ФГБУ «ПФМИЦ» Минздрава России

Целью работы явилось изучение динамики окислительного метаболизма крови животных с термической травмой при введении динитрозильных комплексов железа с глутатионовыми лигандами (ДНКЖ). Материал и методы исследования. Исследование проводили на 30 половозрелых крысах-самцах линии Вистар массой 220-250 г., разделенных на 3 группы равной численности: интактную (никаких манипуляций не проводили), контрольную (воспроизводили термическую травму и применяли стандартное лечение) и основную (аналогична контрольной с дополнительным введением раствора ДНКЖ). Животным контрольной и основной групп комбинированную травму наносили по разработанной ранее методике, включающей контактный термический ожог кожи спины (площадь – 20% поверхности тела) в сочетании с термоингаляционной травмой. Травму наносили под комбинированным наркозом («золетил» + «ксила»). Затем крыс разделяли на 2 равные по численности группы. Животным контрольной группы с первых суток после моделирования термической травмы проводили ежедневные внутрибрюшинные инфузии физиологического раствора (3 мл), раны обрабатывали левомеколем. Крысы основной группы ежедневно внутрибрюшинно получали ДНКЖ в физиологическом растворе (1 : 9 (по объему) – суммарно 3 мл), местное лечение было аналогично проводимому в контрольной группе. Продолжительность экспериментальной терапии животных обеих групп составляла 10 суток. ДНКЖ синтезировали по методике А.Ф. Ванина. Концентрация соединения в физиологическом растворе составляла 3,1 ммоль/л. В плазме крови и эритроцитах животных всех групп и образцах крови регистрировали интенсивность хемилюминесценции, максимальную фотовспышку и общую антиоксидантную активность методом Fe-индуцированной

биохемилюминесценции на аппарате БХЛ-06. Полученные данные были обработаны статистически в программном пакете Statistica 6.0. Результаты. Повышение уровня светосуммы индуцированной биохемилюминесценции у обожженных крыс по сравнению с интактными составило +67,5% ($p < 0,05$). В то же время общая антиоксидантная активность плазмы крови животных при нанесении им термической травмы пропорционально снижается (-47; $p < 0,05$) по отношению к здоровым крысам. Результаты исследования состояния про- и антиоксидантных систем плазмы крови сопоставлены с данными об интенсивности процессов липопероксидации в мембранах эритроцитов. Эта динамика четко подтверждает формирование выраженного окислительного стресса у крыс контрольной группы, что обуславливает необходимость его патогенетической коррекции. Установлено, что проведение экспериментальной терапии раствором ДНКЖ способствует существенному уменьшению интенсивности перекисного окисления липидов, практически достигающей уровня интактных крыс ($p < 0,05$ по сравнению с животными контрольной группы; $p > 0,05$ относительно интактной группы). Оценка действия соединения на антиоксидантную активность плазмы крови продемонстрировала значительное нарастание значения параметра В эритроцитах также выявлено снижение перекисной резистентности, что проявилось в статистически значимом уменьшении светосуммы хемилюминесценции на 22,8% по сравнению с интактными животными ($p < 0,05$). Введение крысам ДНКЖ способствовало повышению перекисной резистентности эритроцитов на 18,8% по сравнению с ожогом ($p < 0,05$), причем в этом случае уровень показателя был незначимо ниже значений, характерных для животных интактной группы. Заключение. Получены данные о положительном действии динитрозильных комплексов железа на метаболические параметры крови животных с термической травмой, а именно - на состояние про- и антиоксидантных систем, которое обусловлено способностью ДНКЖ защищать компоненты биосистем от активных форм кислорода, продуцируемых в условиях окислительного стресса.

161. ИШЕМИЧЕСКИ - МОДИФИЦИРОВАННЫЙ АЛЬБУМИН В ДИАГНОСТИКЕ ОСТРЫХ НАРУШЕНИЙ МЕЗЕНТЕРИАЛЬНОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ

Гидирим Г.П., Мишин И.В., Кречун И.И., Георгица В.А., Кисакова М.В., Сидоренко А.В.

Кишинев, Республика Молдова

Кафедра хирургии № 1 им. Николая Анестиади, Лаборатория гепато-панкреато-билиарной хирургии, Государственный Университет Медицины и Фармации им. Николая Тестемицану, Институт Ургентной Медицины, Кишинев, Республика Молдова

Введение: Одним из наиболее актуальных вопросов ранней диагностики острой мезентериальной ишемии (ОМИ) и следовательно сокращение сроков до хирургического лечения является определение специфических серологических маркеров заболевания. В данном контексте следует отметить достаточно интенсивные экспериментальные и клинические исследования в определении специфических лабораторных тестов для ОМИ. Цель данного исследования – определение серологического уровня ишемически-модифицированного альбумина (ИМА) при ОМИ. Материал и методы: Произведено определение серологического уровня ИМА у 27 пациентов с ОМИ. Для установления концентрации ИМА (иммуноферментный метод - ELISA) проводилось с использованием

наборов ELISA Kit for Ischemia Modified Albumin (Uscn Life Science Inc., China) на аппарате ELISA UNO (Human, Germany). Результаты: Во всех случаях ОМИ отмечено повышение ИМА, значение которого варьировало от 13.6 ng/ml до 235 ng/ml. Среднее значение ИМА в группе с ОМИ статистически достоверно ($p < 0.0001$) превышало его плазматическое содержание у здоровых субъектов и составило соответственно – 63.4 ± 12.8 ng/ml (95% CI: 36.62–90.28) vs. 5.5 ± 0.2 ng/ml (95% CI: 5.16–6.01). При сравнении содержания ИМА при артериальной и венозной ОМИ статистически достоверной разницы не обнаружено ($p > 0.05$). В тоже время установлена прямая зависимость ИМА от степени распространенности ОМИ, так при вовлечении в процесс только тонкой кишки содержание ИМА составило 41.5 ± 6.8 ng/ml (95% CI: 26.76–56.26), а при комбинации тонкой и толстой кишки – 145.7 ± 31.1 ng/ml (95% CI: 47.03–244.4), различия статистически достоверны ($p < 0.01$). При анализе содержания ИМА в зависимости от времени возникновения ОМИ статистически достоверных различий не обнаружено ($p > 0.05$). Выводы: ИМА может рассматриваться как серологический маркер ОМИ. Тем не менее, следует отметить, что данный тест не может быть использован проспективно в связи с особенностями методики (ELISA), предусматривающей накопление и заморозку образцов плазмы (минимум восемь).

162. Перспективы применения ближнепольного СВЧ-зондирования кожи для оценки ее состояния в комбустиологии

Мартусевич А.К. , Богомолова Е.Б. , Краснова С.Ю. , Янин Д.В. , Галка А.Г.

Нижний Новгород

Мартусевич А.К. (1), Богомолова Е.Б. (1), Краснова С.Ю. (1), Янин Д.В. (1, 2), Галка А.Г. (1, 2) 1) ФГБУ «ПФМИЦ» Минздрава России, 2) ФИЦ «ИПФ РАН»

Представляет научный и практический интерес рассмотрение возможностей СВЧ-визуализации в комбустиологии. Известно, что одной из наиболее значимых задач, решаемых хирургом в процессе первичного обследования пациента с ожогом, служит уточнение глубины поражения и его границ, а также состояния околораневой и краевой зон. Именно эти сведения являются залогом правильности выбора лечебной тактики и ее успешности, как и эффективности последующих реабилитационных мероприятий. В условиях острой ожоговой травмы не может, естественно, идти речь о морфологической диагностике, поэтому необходимы альтернативные неинвазивные экспресс-методы оценки состояния раны. В последние десятилетия для решения указанной задачи активно тестируется ИК-термография, однако она, несмотря на определенную диагностическую ценность, позволяет получить информацию лишь о поверхностной температуре участка кожи. В то же время анализ глубинных температур и физико-химических параметров кожи в области раны и околораневой зоны остается затруднительным. Именно этот аспект проблемы и может быть изучен с использованием СВЧ-зондирования, конструктивные особенности которого позволяют обеспечить неинвазивность обследования и точную оценку электродинамических характеристик подповерхностных структур кожи. Второй, не менее значимой сферой потенциального применения СВЧ-зондирования у пациентов с термической травмой служит мониторинг состояния раны в динамике проводимого лечения. Следует подчеркнуть, что проведение СВЧ-диагностики возможно без снятия

временных или постоянных раневых покрытий, в том числе с использованием клеточных технологий, что является бесспорным преимуществом данной диагностической методики. Это позволяет выделить объективные инструментальные критерии состояния ожоговой раны в ее толще, не прибегая к инвазивным процедурам. Целью работы служило изучение глубинного профиля диэлектрических свойств кожи человека. Материал и методы исследования. Нами экспериментально изучены и рассчитаны значения действительной части диэлектрической проницаемости кожи 14 практически здоровых людей, не имеющих дерматологической патологии. Ближнеполюсное СВЧ-зондирование тканей производили с использованием специальной установки, созданной в ИПФ РАН (Нижний Новгород), а также специализированного программного обеспечения, сопрягающего установку с ПК и позволяющего производить расчет действительной части диэлектрической проницаемости. Оценивали диэлектрические характеристики кожи на глубинах от 2 до 5 мм с помощью серии зондов. Измерение у всех обследуемых лиц проводили на предплечье в единой точке. Статистическую обработку осуществляли в программе Statistica for Windows 6.1. Результаты. Установлено, что действительная часть диэлектрической проницаемости кожи монотонно нарастает с увеличением глубины зондирования, демонстрируя тенденцию к нарастанию в 1,74 раза при сопоставлении значений параметра, полученных на глубинах 2 и 5 мм ($p < 0,05$). На основании полученных данных построена линейная математическая модель изменения диэлектрической проницаемости кожи, достаточно полно описывающая ее подповерхностный профиль (коэффициент детерминации – 0,94). Заключение. Проведенные исследования позволили установить картину глубинного распределения диэлектрической проницаемости кожи здоровых людей, которая может служить физиологическим «паттерном» для исследования тканей ожоговой раны и околораневой зоны. Это дает веские указания о целесообразности применения СВЧ-зондирования в комбустиологии (в разные периоды ожоговой болезни) и указывает на возможность оценки с помощью данного биофизического метода подповерхностного состояния раны.

163.Периоперационная коррекция энтеральной недостаточности в программе ускоренного выздоровления больных острой обтурационной толстокишечной непроходимостью опухолевого генеза

Соловьев И.А. (1), Суров Д.А. (1), Сизоненко Н.А. (1), Святненко А.В. (2), Опул Д.М. (2)

Санкт-Петербург

1) ФГБВОУ ВО «Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова» Министерства обороны Российской Федерации 2) ГБУ «Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт скорой помощи имени И.И. Джанелидзе»

Актуальность. Во всем мире на протяжении многих десятилетий колоректальный рак (КРР) занимает ведущие позиции в структуре онкопатологии. Острая обтурационная толстокишечная непроходимость (ОТКН) достигает 25-59% среди случаев осложнённого КРР. Явления энтеральной недостаточности занимают ключевую патофизиологическую позицию в клиническом течении острого нарушения кишечной проходимости. В последние годы в зарубежной литературе растет количество публикаций, посвященных применению концепции раннего восстановления после операций (enhanced recovery after

surgery) в неотложной абдоминальной хирургии. В настоящем исследовании изучена периоперационная коррекция энтеральной недостаточности с позиций программы укоренного выздоровления (ПУВ) в хирургическом лечении больных злокачественными опухолями толстой кишки, осложненными острой обтурационной непроходимостью. Цель исследования. Оценить эффективность мероприятий ПУВ по коррекции энтеральной недостаточности в хирургическом лечении больных острой ОТКН опухолевого генеза. Материалы и методы. В исследовании приняли участие 73 больных острой ОТКН опухолевого генеза. Дизайн исследования - проспективное рандомизированное параллельное клиническое исследование. Критерии исключения: распространённый перитонит, наличие множественной органной дисфункции, сочетанные осложнения злокачественного новообразования (кровотечение, перфорация, параканкротный абсцесс). Основную группу составили 37 пациентов, получавших лечение по программе ПУВ, в контрольной группе (n=36) применялись традиционные хирургические подходы. Периоперационные патогенетически обоснованные мероприятия ПУВ включали: в предоперационном периоде – профилактика послеоперационной тошноты и рвоты (прокинетики); интраоперационные мероприятия: выполнение декомпрессии толстой и тонкой кишки (по показаниям), лаваж тонкой кишки полиэлектролитными смесями с антигипоксантом, удаление зонда Миллера-Эббота и установка полиуретанового зонда за связку Трейца для раннего энтерального питания; в послеоперационном периоде осуществляли раннюю вертикализацию, нутритивную поддержку (через зонд) в отделении реанимации в первые 12-24 часа, прекращение инфузионной терапии с началом раннего энтерального питания в первые сутки (при отсутствии явлений гастростаза). В качестве критериев сравнительной оценки результатов изучали наличие тошноты, рвоты, сроки появления шумов кишечной перистальтики, начало энтерального питания, отхождения газов и стула, продолжительность инфузионной терапии и длительность послеоперационного периода. Результаты. У абсолютного большинства больных основной группы наблюдался более короткий период восстановления функций желудочно-кишечного тракта: отсутствие тошноты и рвоты, начало перорального приема жидкости в первые сутки, раннего энтерального питания на 1-2 сутки после операции. Появление шумов кишечной перистальтики наблюдали в течение 24 часов, отхождения газов в течение 24-36 часов, стула на 2-3 сутки после операции. У 4 пациентов отмечались явления гастростаза, купированные назначением прокинетиков. Продолжительность послеоперационного периода в основной группе составила 6-7 суток. В то же время, у 29 больных контрольной группы в течение 36-72 часов после операции наблюдалась тошнота и рвота, появление шумов кишечной перистальтики отмечено, в среднем, на 2 сутки, начало отхождения газов – на 2-3 и стула – 3-4 сутки, соответственно. Продолжительность инфузионной терапии составила 2-3 суток, начало перорального приема жидкости отмечено на 2-3, пищи – 3-4 сутки. Длительность послеоперационного периода составила 11-13 дней. Заключение. Периоперационная коррекция энтеральной недостаточности по программе укоренного выздоровления в неотложной хирургии обтурационной толстокишечной непроходимости опухолевого генеза является высокоэффективным подходом, позволяющим добиться раннего восстановления функций желудочно-кишечного тракта, что, в свою очередь, ведет к сокращению сроков послеоперационного периода.

Северцев А.Н. (1), Ступин В.А.(1), Гахраманов Т.В. (1) , Привезенцев С.А. (2), Чудаев Д.Б. (3), Серебрянский О.Ю. (4), Денисенко А.В. (4)

Москва

1) Кафедра госпитальной хирургии №1 лечебного факультета РНИМУ им. Н.И. Пирогова; г. Москва, Россия 2) ГКБ № 51; г. Москва, Россия 3) ЦКБ №1 ОАО «РЖД»; г. Москва, Россия 4) «Медицина 24/7»; г. Москва, Россия

В протоколах ускоренного восстановления, питанию уделяется большое внимание. Для тотальной панкреатэктомии (ТП) протокол ускоренного восстановления не сформулирован, а наиболее близкий из имеющихся, создан для панкреатодуоденальной резекции. Данных по ускоренному восстановлению при тотальной панкреатэктомии на сегодняшний день не опубликовано. Целью нашего исследования было адаптировать нутриционный протокол для специфических нужд пациентов, перенесших ТП. ТП выполнены с 2008 по 2017 гг единой хирургической бригадой традиционным открытым способом. Во всех случаях в периоперационном периоде применялись методики ускоренного восстановления. Период наблюдения включал всю срок госпитализацию и 30 дней с момента выписки. РЕЗУЛЬТАТЫ: Изучены результаты лечения 19 последовательно прооперированных больных. Демографические показатели: мужчин 10, женщин 9; средний возраст - 61 года (43-79). Во всех случаях показанием к операции служило подозрение на опухоль поджелудочной железы. Средняя продолжительность стационарного лечения составила 21 ден. Из 19 пациентов 3 умерло вследствие развившихся послеоперационных осложнений. Параметры нутритивного статуса, метаболического статуса, гликемического контроля собирались и анализировались, для обеспечения коррекции протокола в режиме реального времени. ВЫВОДЫ: существующий протокол ERAS для панкреатодуоденальной резекции предлагает приемлемый подход к нутритивной поддержке пациентов при ТП. Тем не менее, он имеет особенности, связанный с метаболическими нарушениями и специфическими послеоперационными осложнениями, обусловленными развитием ОСТРОГО ТЯЖЕЛОГО послеоперационного сахарного диабета.

165. Антимикробная профилактика (лечение) при тотальной панкреатэктомии

Северцев А.Н. (1), Ступин В.А.(1), Гахраманов Т.В. (1) , Привезенцев С.А. (2), Чудаев Д.Б. (3), Серебрянский О.Ю. (4), Денисенко А.В. (4)

Москва

1) Кафедра госпитальной хирургии №1 лечебного факультета РНИМУ им. Н.И. Пирогова; г. Москва, Россия 2) ГКБ № 51; г. Москва, Россия 3) ЦКБ №1 ОАО «РЖД»; г. Москва, Россия 4) «Медицина 24/7»; г. Москва, Россия

Протоколы ускоренного восстановления (ERAS, Fast-Track) нашли свое применение в большинстве разделов хирургии. Во многих из них, антимикробная профилактика занимает важное место. Для тотальной панкреатэктомии (ТП) протокол ускоренного восстановления не сформулирован, а наиболее близкий из имеющихся, создан для

панкреатодуоденальной резекции. Данных по ускоренному восстановлению при ТП на сегодняшний день не опубликовано. Целью нашего исследования было выделить особенности пациентов, перенесших ТП, которые могут потребовать коррекции протокола антимикробной профилактики (и лечения). ТП выполнены с 2008 по 2017 гг единой хирургической бригадой традиционным открытым способом. Во всех случаях в периоперационном периоде применялись методики ускоренного восстановления. Период наблюдения включал всю срок госпитализацию и 30 дней с момента выписки. РЕЗУЛЬТАТЫ: Изучены результаты лечения 19 последовательно прооперированных больных. Демографические показатели: мужчин 10, женщин 9; средний возраст - 61 года (43-79). Во всех случаях показанием к операции служило подозрение на опухоль поджелудочной железы. Средняя продолжительность стационарного лечения составила 21 ден. Из 19 пациентов 3 умерло вследствие развившихся послеоперационных осложнений. Различные аспекты антимикробной профилактики (и лечения) анализировались в ходе работы, чтобы обеспечить коррекцию протокола в эмпирическом режиме. ВЫВОДЫ: режим антимикробной профилактики (и лечения) у больных, перенесших ТП отличается от режима, предложенного для панкреатодуоденальной резекции, и в некотором роде противоречит существующей догме.

166. Особенности FAST-TRACK при тотальной панкреатэктомии

Северцев А.Н. (1), Ступин В.А.(1), Гахраманов Т.В. (1) , Привезенцев С.А. (2), Чудаев Д.Б. (3), Серебрянский О.Ю. (4), Денисенко А.В. (4)

Москва

1) Кафедра госпитальной хирургии №1 лечебного факультета РНИМУ им. Н.И. Пирогова; г. Москва, Россия 2) ГКБ № 51; г. Москва, Россия 3) ЦКБ №1 ОАО «РЖД»; г. Москва, Россия 4) «Медицина 24/7»; г. Москва, Россия

ВСТУПЛЕНИЕ: За более чем 10-летнюю историю, протоколы ускоренного восстановления проникли в подавляющее большинство разделов хирургических. Протоколы ускоренного восстановления (ERAS) сейчас все чаще находят применение при наиболее трудоемких и продвинутых вмешательствах, например в гепатобилиарной и панкреатической хирургии. Данных по ускоренному восстановлению при тотальной панкреатэктомии (ТП) на сегодняшний день не опубликовано. Целью данного исследования было выделить особенности пациентов, перенесших ТП, которые позволяют определить ведущие моменты при создании протокола ускоренного восстановления (ERAS) при ТП. МЕТОДЫ: ТП выполнены с 2008 по 2017 гг единой хирургической бригадой традиционным открытым способом. Во всех случаях в периоперационном периоде применялись методики ускоренного восстановления. Период наблюдения включал всю срок госпитализацию и 30 дней с момента выписки. РЕЗУЛЬТАТЫ: Изучены результаты лечения 19 последовательно прооперированных больных. Демографические показатели: мужчин 10, женщин 9; средний возраст - 61 года (43-79). Во всех случаях показанием к операции служило подозрение на опухоль поджелудочной железы. Средняя продолжительность стационарного лечения составила 21 ден. Из 19 пациентов 3 умерло вследствие развившихся послеоперационных осложнений. Данные по ключевым моментам ускоренного восстановления (включая нутритивный, метаболический

статус, контроль гликемии, антимикробную профилактику, интраоперационные особенности) проанализированы в ходе исследования, для создания действительно нового протокола (как в целом, так и для fast-track). **ВЫВОДЫ:** Протоколы ускоренного восстановления (ERAS) могут быть применены у всех пациентов при выполнении ТП, с учетом особенностей как самой операции, так и течения послеоперационного периода. Рекомендации, разработанные для панкреатодуоденальной резекции недостаточны для ТП и требуют внесения существенных изменений.

167.Кровотечения из верхних отделов желудочно-кишечного тракта. Эндоскопический гемостаз.

Глушак С.В., Кочергина Е.С., Мартыненко И.В., Масай Ю.В.

Владивосток

ГБУЗ Приморская краевая клиническая больница № 1

Актуальность. Частота кровотечений из верхних отделов желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) – 40-150 случаев на 100 000 населения, часто приводят к госпитализации больных, сопряжены с высокой летальностью, особенно в пожилом возрасте. Наиболее частая причина – неварикозные кровотечения: пептические язвы желудка и двенадцатиперстной кишки (ДПК), эрозии пищевода, желудка, ДПК, синдром Меллори-Вейсса, злокачественные новообразования верхних отделов ЖКТ. Кровотечение из варикозно расширенных вен пищевода (ВРВП) – одно из самых серьезных осложнений портальной гипертензии, является частой причиной летального исхода больных с циррозом печени. Каждый эпизод кровотечения из ВРВП сопровождается летальностью от 20 %. Материалы и методы. В Приморской краевой клинической больнице № 1 в отделении эндоскопической хирургии выполняются диагностика кровотечений из верхних отделов ЖКТ и эндоскопический гемостаз с 1996 г. Проводится электрокоагуляция кровотечения из язвы желудка и ДПК, остановка кровотечения из ВРВП, клипирование язвенного кровотечения, аргоно-плазменная коагуляция кровотечения из язв желудка и ДПК и эрозивный кровотечений пищевода, желудка и ДПК. С 1996 г. по 2014 г. эндоскопический гемостаз выполнялся только у пациентов с активным кровотечением (кровотечением IA и IB по Forrest при кровотечениях из язв желудка и ДПК). Проводилась электрокоагуляция кровотечения из язвы, в ряде случаев при выраженном падении уровня гемоглобина при кровотечениях из эрозий пищевода, желудка и ДПК, электрокоагуляция кровотечения из зоны распада злокачественного новообразования желудка, склерозирование и лигирование ВРВП, осложненных активным кровотечением на момент осмотра. С 2015 г. эндоскопический гемостаз дополнительно стал применяться при язвенных кровотечениях Forrest IIА и IIВ. Проводились электрокоагуляция, клипирование и аргоно-плазменная коагуляция. Пациентов было 16, электрокоагуляция кровотечения из язвы была у 5 (31 %), клипирование у 9 (56 %), аргоно-плазменная коагуляция у 2 (12 %). Полученные результаты и обсуждение. Выполнение эндоскопического гемостаза при активном кровотечении является широко распространенной процедурой, позволяющей остановить кровотечение эндоскопически, избежать оперативного лечения, уменьшить количество осложнений, уровень летальности. Однако эндоскопический гемостаз при язвенных кровотечениях Forrest IIА и IIВ выполняется не всегда. Причинами являются

дополнительная потребность в дорогостоящем расходном материале (электроды для электрокоагуляции, клипаторы и клипсы, зонды для аргоноплазменной коагуляции) и рекомендации среднего уровня для выполнения эндоскопического гемостаза при язвенных кровотечениях Forrest IIА и IIВ. У 15 пациентов (94 %) с язвенными кровотечениями Forrest IIА и IIВ был выполнен успешный гемостаз с окончательной остановкой кровотечения. У одного пациента с язвой ДПК, осложненной кровотечением, эндоскопический гемостаз выполнялся дважды с промежутком в двое суток, выполнялись клипирование и электрокоагуляция, при третьем эпизоде кровотечения больной взят в операционной, выполнено прошивание язвы ДПК, достигнут окончательный гемостаз, послеоперационный период протекал без осложнений. Выводы и рекомендации. Эндоскопическая остановка кровотечений из верхних отделов является важной задачей эндоскопии. Для ее реализации необходимо наличие современного эндоскопического оборудования и инструментария, обученный персонал, следование современным тактике и методикам диагностики и лечения. Эндоскопический гемостаз кровотечений из верхних отделов желудочно-кишечного тракта является окончательным методом лечения, позволяющим при малоинвазивной процедуре эзофагогастроуденоскопии диагностировать и остановить кровотечение, избежать хирургического лечения и возможных осложнений.

168. Эндоскопическая диагностика воспалительных заболеваний кишечника.

Глушак С.В., Кочергина Е.С., Мартыненко И.В., Масай Ю.В.

Владивосток

ГБУЗ Приморская краевая клиническая больница № 1

Актуальность. Воспалительные заболевания кишечника (ВЗК), к которым относятся язвенный колит (ЯК) и болезнь Крона (БК), являются серьезной патологией желудочно-кишечного тракта из-за тяжести течения, частоты осложнений и уровня летальности. Эндоскопическое исследование при ЯК и БК необходимо для диагностики, оценки распространенности и выраженности воспалительного процесса, выявления осложнений, контроля эффективности лечения. Материалы и методы. В Приморской краевой клинической больнице № 1 в отделении эндоскопической хирургии выполняются колоноскопии пациентам с ВЗК отделений колопроктологии, гастроэнтерологии и амбулаторным пациентам. В 2012-2016 гг. было выполнено 620 колоноскопий больным с ЯК и БК. ЯК диагностировался у 416 пациентов (67%), БК – у 204 больных (33%). У 542 пациентов (87 %) было неосложненное течение с разной степенью выраженности, проводилась дифференциальная диагностика, выполнялась биопсия для гистологического исследования с целью оценки степени воспаления и в ряде случаев дифференциальной диагностики. У 78 больных (13%) диагностировались осложнения (кровотечения, стриктуры, свищи, токсический мегаколон), при наличии толстокишечного свища выполнялась топическая диагностика внутреннего отверстия свищевого хода. Также проводилась диагностика у пациентов после оперативного лечения (колэктомия, выведение двустольной илеостомы, хирургическое лечение свищей, резекция толстой кишки) для оценки эффективности и диагностики выраженности и распространенности воспалительного процесса. У пациентов с ЯК и БК с неосложненным течением и хорошей

подготовкой толстой кишки выполнялась тотальная колоноскопия с осмотром терминального отдела подвздошной кишки и взятием биопсии в соответствии с клиническими рекомендациями. У пациентов с кишечным кровотечением (19 больных, 3%) выполнялся осмотр левой половины до селезеночного угла во избежание травматизации и ухудшения состояния больного. У 30 пациентов (4,8%) со стриктурами толстой кишки выполнялся осмотр до уровня сужения с обязательным взятием биопсии для исключения злокачественного новообразования. У 29 больных (4,7%) с БК и свищами выполнялась колоноскопия с введением красителя для топической диагностики уровня свища. Полученные результаты и обсуждение. Тотальное поражение толстой кишки при ЯК было у 31 % пациентов, левосторонний колит у 52,9 %, поражение прямой кишки у 16,1 %. Эндоскопически выраженная степень воспаления была у 25,2%, умеренная активность у 53,6 %, минимальная активность воспаления у 21,1 %. При БК терминальный илеит был у 26 % больных, илеоколит у 56,9 %, колит у 17, 2 %. Эндоскопически выраженная степень воспаления была у 24 %, умеренная активность у 43,6 %, минимальная активность воспаления у 32,3 %. ВЗК являются иммунопатологическими заболеваниями с неизвестной этиологией, и в последние годы наблюдается рост общего числа больных, тяжелых и осложненных форм, что подтверждается нашими данными – ЯК с поражением только прямой кишки был у 16,1 % пациентов, минимальная активность ЯК и БК были 21,1 % и 32,3 % соответственно. Выводы и рекомендации. Пациентам с ВЗК необходима тотальная колоноскопия с осмотром терминального отдела подвздошной кишки для оценки распространения и тяжести воспалительного процесса. При наличии осложнений возможна неполная колоноскопия. При колоноскопии возможна точная диагностика достижения клинической или эндоскопической ремиссии при лечении ВЗК, а при взятии множественных биопсий констатация гистологической ремиссии, что является важным критерием терапии ЯК и БК.

169. Возможности организации помощи колопроктологическим больным в амбулаторных условиях

Соловьев А.О.(1,2), Соловьев О.Л.(2), Воробьев А.А.(1,2), Соловьева Г.А.(1,2)

Волгоград

1) ФГБОУ ВО «ВолгГМУ» Минздрава РФ, 2) ЗАО МНПО «Клиника «Движение»

Введение. Последние десятилетия развития колопроктологии характеризуется внедрением новых диагностических и лечебных технологий, созданием современного оборудования, облегчающего работу хирурга и снижающего травматизм пациента. Все более важное место начинает занимать амбулаторная колопроктологическая помощь, где выполняются сложные операции, внедряются малоинвазивные методики лечения, организуются стационары одного дня. Цель. Оценка возможностей применения ультразвуковых технологий в качестве малоинвазивных и оперативных методов лечения заболеваний анального канала в амбулаторных условиях. Материалы и методы. В 2001 году нами был создан новый ультразвуковой хирургический аппарат «Проксон», имеющий три рабочих инструмента: 1) устройство для склеротерапии геморроя и обработки свищевых ходов с УЗ, 2) ультразвуковой скальпель, 3) торцевая насадка для обработки ран и полостей. Мы рутинно выполняем с помощью аппарата «Проксон» склеротерапию с ультразвуком при I-

III стадиях геморроя, а также хирургические вмешательства с помощью ультразвукового скальпеля при IV стадии геморроя, сфинктеролеваторопластике, иссечении анальных трещин, малоинвазивное лечение сложных параректальных свищей. Нами получен патент на способ малоинвазивного лечения сложных параректальных свищей. Суть метода состоит в том, что в свищевой ход вставляется полая рабочая часть инструмента аппарата «Проксон», одновременно передающая ультразвуковые колебания и 3% спиртовой раствор йода. Попадая в свищевой ход со скоростью 0,25 мл в секунду в течение 20-80 секунд, в зависимости от размеров свищевого хода и наличия затеков, склерозант проникает во все складки и полости свищевого хода, импрегнируется в эпителиальную выстилку свища, вызывая химическую абляцию внутренних оболочек свищевого хода. Процедура выполняется 2-3 раза с перерывом в сутки. Результат оценивается через месяц. Нами проводился анализ результатов обследования и лечения 134 женщин, страдающих ректоцеле, которым был применен новый способ сфинктеролеваторопластики. Для определения эффективности оперативного вмешательства оригинальным методом сфинктеролеваторопластики нами были анализированы отдаленные результаты лечения пациентов основной группы, сроки наблюдения до 24 месяцев. При геморроидэктомии мы сравнили результаты с использованием хирургического ультразвукового скальпеля аппарата «Проксон» и биполяра «EnSeal», оценивая мазки отпечатки из ран, ВАШ, количество осложнений. Результаты. Нами была проведена оценка результатов лечения 7860 пациентов, которым выполнялась склеротерапия геморроя с УЗ на базе двух центров в период с 2005 по 2015г. Максимальный срок наблюдения составлял 8 лет. В отдаленном периоде у пациентов с I по III стадию геморроя количество хороших результатов (стойкая ремиссия заболевания) составило 89,5%. Получена клиническая эффективность при лечении в амбулаторных условиях 64 пациентов с диагнозом сложный параректальный свищ. Полное выздоровление достигнуто в течение трех месяцев у 85,94% пациентов, у которых была выполнена обработка свища ультразвуком в сочетании с химической абляцией 3% раствором йода. Хороший и удовлетворительный функциональный результат получен у 127 (94,7 ± 1,9%) пациенток, прооперированных оригинальной методикой сфинктеролеваторопластики с применением ультразвукового скальпеля. С 2014 года нами было выполнено 150 операций по поводу геморроя IV стадии методом открытой геморроидэктомии с помощью ультразвукового скальпеля. Нами было отмечено уменьшение интенсивности и длительности болевого синдрома, оцененного по ВАШ, сокращение сроков заживления ран. Заключение. Применение УЗ технологий позволяет уменьшить повреждение тканей во время вмешательств, за счет чего снижается болевой синдром и уменьшаются сроки заживления ран. Использование высокоэнергетического низкочастотного УЗ в амбулаторной колопроктологии позволяет значительно расширить возможности малоинвазивного лечения заболеваний анального канала.

170. Роль центрального ожирения в происхождении послеоперационных грыж живота

Зейналов Н.Д., Рустамов Э.А., Гасанов А.Р.

Баку, Республика Азербайджан

Научный Центр Хирургии имени акад. М.А. Топчибашева

Послеоперационные грыжи живота являются одним из наиболее частых осложнений абдоминальной хирургии. Принято считать, что в происхождении этих грыж влияют множество факторов, в том числе вид хирургического доступа, техника наложения швов, раневая инфекция, повышенное внутрибрюшное давление, нарушения обмена веществ и другие, влияющие на процесс заживления ран. Высокая частота послеоперационных грыж у больных после бариатрических операций свидетельствуют о непосредственном влиянии ожирения на возникновение этого осложнения. Целью данной работы было показать влияние ожирения на возникновение послеоперационных грыж живота. Материал и методы: Исследования проведены на основании изучения данных 110 больных находящихся на стационарном лечении 2015-2016 годы в Научном Центре Хирургии им. акад. М.А.Топчибашева. Основную группу составили 65 больных, оперированных по поводу послеоперационных грыж. В контрольную группу вошли 45 повторно оперированных больных от разной абдоминальной патологии, ранее перенесших лапаротомию и не имеющие послеоперационные грыжи. Ожирение определялось на основании простых антропометрических данных, измерением роста, веса и окружности талии. Степень ожирения устанавливали принятой ВОЗ классификаций на основании индекса массы тела ($ИМТ=m/h^2$). Окружность талии (ОТ) измерялась между нижним краем последнего ребра и гребнем подвздошной кости. Для определения характера распространенности жировой ткани в теле, т.е. выявления типа ожирения - тотального или центрального (висцеральное, абдоминальное) использовали индекс центрального ожирения (ИЦО), которое вычислялось делением величины окружности талии к росту. Достоверность различий средних величин оценивали с помощью t- теста Стьюдента и U- критерия Манна – Уитни. Результаты: В обеих группах женщины составили большинство, в основной группе 73,8 % (n=48), в контрольной 26,2 % (n=17). В основной группе средний возраст±стандартное отклонение, составило 58±11 (в пределах 32-77 лет), в контрольной -49±14 (в пределах 24-73). При сравнении среднего показателя ИМТ у больных основной группы оно оказалось значительно больше, чем в контрольной (33,1±7,3 против 25,0±5,7 ; $p<0,001$). У больных с грыжами живота избыточный вес (предожирение) наблюдался в 18 % (n=12) , I-II степень ожирения в 52,3 % (n=34), III степень (морбидное) ожирения в 15,4 % (n=10) случаев. В контрольной же группе у 28,9 % (n=13) больных отмечалось предожирение, у 15,6 % (n=7) I-II степень ожирения, а III степень отсутствовала. Показатели ОТ у женщин основной группы в среднем составили 105,7±14,1 , у мужчин 98±8,8 . А в контрольной 83,6±11.6 и 87,5±9,3 соответственно ($p<0,001$). При сравнении в сопоставимых подгруппах степени ожирения, если в показателях ИМТ (в основной группе предожирение - 27,3±1.5 и I-II степени - 34,4±2,5 ; в контрольной группе 27,3±1.5 и 35,5±2,0 соответственно) особой разницы не наблюдалось, то в показателях ИЦО выявилась заметная разница. У женщин основной группы показатель ИЦО составил при предожирении 0,57±0,03 , а при I-II степени 0,67±0,06. В контрольной же группе эти показатели соответственно были 0,54±0,03 и 0,61±0,04 ($p<0,05$). В том числе, у больных мужского пола с избыточным весом при сравнении этого индекса между группами также выявлена статистически достоверная разница (0,58±0,03 и 0,55±0,01 ; $p<0,05$). Заключение: Таким образом, ожирение, особенно его центральный тип, является одним из сильных факторов влияющий на возникновение послеоперационных грыж живота.

Кузьменко Д.Е.

Донецк

Институт неотложной и восстановительной хирургии им.В.К.Гусака

В отделении пластической и реконструктивной хирургии головы и шеи Института неотложной и восстановительной хирургии им.В.К.Гусака (ИНВХ) широко используются электрохирургические методы остановки кровотечений из ЛОР – органов. Последние годы набирает популярность радиохирургия (радиочастотная хирургия). Материал и методы: под нашим наблюдением в период с 2014 по 2017 гг. с глоточными кровотечениями находилось 45 человек в возрасте от 8 до 49 лет. Основными причинами глоточных кровотечений явились: хирургические вмешательства – 13 человек основной группы и 7 контрольной; травмы, сопровождающиеся повреждением глотки – 6 пострадавших основной и 4 контрольной группы; онкогематологические заболевания – 7 пациентов основной и 6 контрольной группы. Гемостаз осуществлялся при помощи высокочастотных электрохирургических аппаратов «Надия». Пациентам основной группы гемостаз выполнялся при помощи радиохирургического аппарата «Надия» РХ 200 (радионож), использующий электромагнитные колебания частотой 1700 кГц выходной мощностью 200 Вт (комплект отоларингологических насадок). Пассивная пластина не смачивается и не покрывается токопроводящим гелем, а просто накладывается на кожу, что значительно сокращает подготовительный период и уменьшает кровопотерю. Пациентам контрольной группы гемостаз выполнялся при помощи электрохирургического аппарата «Надия» 350 (электроножа) основной частотой 440 кГц и выходной мощностью 350 Вт. Использовались аналогичные насадки. Пассивная пластина (электрод) с целью уменьшения подготовительного периода покрывалась токопроводящим гелем. С целью контроля за состоянием гемодинамики использовалась лазерная доплеровская флоуметрия. Исследования показателей местной гемодинамики проводили при помощи анализатора кровотока «ЛАКК – 02» производства НПП «ЛАЗМА» и соответствующего программного обеспечения, на 1,3,5,7,10,14 сутки после воздействия ЭХВЧ аппаратами по методике Кузьменко Д.Е.(2013, 2015гг.) В ходе проведенного исследования получены следующие результаты: 1. Электронагрузка при использовании радионожа у пациентов с кровотечением легкой степени составила – 45 Вт, средней – 60 Вт и тяжелой- 80 Вт. При использовании электроножа, электронагрузка составила соответственно: 160 Вт, 210Вт и 250 Вт. 2. Дополнительный подготовительный период (подготовка пассивной пластины) 30-60 сек., что соответствует дополнительной кровопотери 15-60 мл, что особенно опасно учитывая локализацию источника кровотечения, а в случае использования физиологического раствора подготовительный период увеличивается в 2-3 раза, что увеличивает кровопотерю на 200 мл и более. 3. При использовании электроножа высокой интенсивности в зоне пассивного электрода возникает электроожог. При использовании радионожа ожоги не наблюдали, даже на интенсивностях достаточных для разрушения хрящей трахеи. 4. Количественные нарушения микроциркуляции в 2 раза интенсивнее при использовании электроножа через 24 часа, далее развивается паралич сосудов, который сопровождается стазом крови. При использовании электроножа стаз крови интенсивнее, чем при использовании радионожа на 50-80%. Восстановление качественных и количественных показателей микроциркуляции при использовании радионожа наблюдаются на 10 сутки, а при использовании радионожа – 14 сутки. Полученные нами данные обусловлены энергонагрузкой и соответствуют данным литературы и данным разработчиков данных аппаратов. В ходе проведенного исследования оба метода зарекомендовали себя положительно, однако у радионожа зафиксирован ряд значительных преимуществ: уменьшение времени наступления гемостаза, уменьшение объема кровопотери,

отсутствие дополнительного подготовительного периода, нет необходимости в использовании гелей и растворов, отсутствие электроожога в месте пассивной пластины, менее выражены и быстрее восстанавливаются микроциркуляторные нарушения. Все это позволяет рекомендовать к широкому применению метод радиочастотного гемостаза в повседневной практике.

172. Биометрические исследования натяжения вен у человека

Лосев Р.З.

Саратов

ФГБОУ ВО Саратовский ГМУ им. В.И.Разумовского

Исследованы коэффициенты натяжения магистральных вен у человека. Введено понятие коэффициента натяжения (КН) вен внутри организма. Исследование проведено на 20 трупах (не позднее 24 часов после смерти). КН - частное от деления силы натяжения концов вены на площадь поперечного сечения стенки вены, Н/см². КН бедренной вены в возрастной группе человека до 40 лет составил 11,58 Н/см²; плечевой - 13,91; нижней полой вены - 12,84; подколенной вены - 11,96; большой подкожной вены - 8,62 Н/см². С возрастом значения КН вен уменьшаются. Выявлена достоверность различий КН вен внутри организма. Впервые установлено, что КН вен, как правило, по значению выше КН артерий, в том числе одноименных артерий.

173. Биометрические исследования натяжения периферических нервов у человека

Лосев Р.З.

Саратов

ФГБОУ ВО Саратовский ГМУ им. В.И.Разумовского

Исследованы коэффициенты натяжения периферических нервов у человека. Введено понятие коэффициента натяжения (КН) нерва внутри организма. Исследование проведено на 12 трупах (не позднее 24 часов после смерти). КН - частное от деления силы натяжения концов пересеченного нерва на площадь поперечного сечения нерва, Н/см². КН локтевого нерва (на плече) составил 3,3 Н/см²; срединного нерва (на плече) - 4,19; лучевого (на плече) - 4,27; срединного нерва (предплечье) - 1,7; седалищного (средняя треть бедра) - 2,16 Н/см²; большеберцового нерва (голень) - 3,31 Н/см². Выявлены статистически достоверные различия КН периферических нервов у человека, их соотношения, изменения с возрастном. Установлена динамика КН исследованных нервов у человека в ответ на иссечение участков в 15 и 25 мм ткани нерва. Учет биометрических параметров КН

нервов на практике улучшил результаты лечения больных с травмой периферических нервов.

174. Биометрические исследования натяжения артерий у человека

Лосев Р.З.

Саратов

ФГБОУ ВО Саратовский ГМУ им. В.И.Разумовского

Исследованы коэффициенты натяжения артерий у человека. Введено понятие коэффициента натяжения (КН) артерии внутри организма и даны их значения в Н/см². Исследование проведено на 107 трупах (не позднее 24 часов после смерти). КН - частное от деления силы натяжения концов пересеченной артерии на площадь поперечного сечения ее стенки, Н/см². КН поверхностной бедренной артерии в группе 20 - 39 лет составил 11,56 Н/см² и превышает у человека КН всех остальных магистральных артерий. КН артерий у человека имеют строго определенные соотношения. С возрастным КН большинства артерий снижаются, темп этого снижения не одинаков. Учет КН артерий улучшил результаты операций на сонных, бедренных, подколенных и других артериях при травмах и заболеваниях.

175. Биометрические исследования натяжения коронарных артерий у человека

Лосев Р.З.

Саратов

ФГБОУ ВО Саратовский ГМУ им. В.И.Разумовского

Исследованы коэффициенты натяжения коронарных артерий у человека. Введено понятие коэффициента натяжения (КН) коронарной артерии внутри организма и даны их значения в Н/см². Исследование проведено у 8 трупов (не позднее 24 часов после смерти), не страдавших ИБС. КН - частное от деления силы натяжения концов пересеченной артерии на площадь поперечного сечения ее стенки, Н/см². В группе лиц 17 - 28 лет КН главного ствола левой коронарной артерии составил 1,315 Н/см²; ПМЖВ ЛКА - 2,867 Н/см²; КН правой коронарной артерии в проксимальном отделе - 2,759 Н/см²; КН огибающей ветви левой коронарной артерии - 1,188 Н/см². Установлена динамика КН с возрастом. Впервые выявлены соотношения КН коронарных артерий у человека.

176. Применение тактики запрограммированного многоэтапного хирургического лечения (ЗМХЛ) при нестабильных повреждениях костей таза у пострадавших с сочетанной травмой в городском многопрофильном стационаре.

Гуманенко Е. К., Конарев А.М., Ганин В.Н., Розбицкий В.В.

Санкт-Петербург

СПбГУ

Введение. Частота повреждений костей таза у пострадавших с сочетанной травмой встречается более, чем в 30% случаев, при этом количество нестабильных повреждений достигает 45% случаев переломов костей таза. При вертикально нестабильных переломах костей таза летальность может достигать 80% без применения специальных методологий оказания хирургической помощи (Tile M., 1991). Источниками внутритазового кровотечения является непосредственно костная ткань в области перелома, внутритазовые венозные сплетения, артериальные сосуды, а также различные сочетания этих факторов. Концепция ЗМХЛ соответствует представлениям о минимальной инвазивности оперативного вмешательства при тяжелых, угрожающих жизни, травмах и принципу этапности при лечении таких пациентов. Цели и задачи. Оценить эффективность применения тактики ЗМХЛ в условиях городского многопрофильного стационара. Уточнить оптимальные сроки и способы оперативных вмешательств III-го этапа тактики ЗМХЛ нестабильных переломов костей таза у пострадавших с тяжелой сочетанной травмой. Материалы и методы. В отделении сочетанной травмы Елизаветинской больницы (Санкт-Петербург) тактика ЗМХЛ применяется при поступлении в противошоковую операционную пострадавшего с сочетанием нестабильности костей таза и признаками нестабильной гемодинамики. Методика применялась у 238 пострадавших с сочетанной травмой, из них ротационный характер нестабильности (тип В) отмечен у 224 пострадавших, вертикальный характер нестабильности (тип С) у 14 пострадавших. Для первичной стабилизации тазового кольца с целью максимально быстрой остановки продолжающегося кровотечения на I этапе тактики ЗМХЛ у 97 пострадавших использовалась С- рама с последующей стабилизацией стержневым аппаратом внешней фиксации КСТ. У 141 пациента кости таза первично стабилизированы при помощи стержневого аппарата внешней фиксации КСТ. При вертикально нестабильных переломах аппарат внешней фиксации дополнительно комплектовался боковыми стержнями с упорной площадкой, обеспечивающими встречную компрессию боковых масс крестца. При ротационном характере нестабильности применялась упрощенная передняя рамка. В большинстве случаев этого оказывалось достаточно для эффективной остановки внутритазового кровотечения. Однако при 5% ротационно нестабильных повреждений и 20% вертикально нестабильных повреждений применение аппарата внешней фиксации оказалось недостаточно эффективно. В этом случае дополнительно применялась тампонада таза (5 пациентов) и селективная эмболизация поврежденной артерии (2 пациента). II этап тактики ЗМХЛ включал комплексную интенсивную противошоковую терапию в условиях ОРИТ. Задачей II этапа являлось восстановление жизненно важных функций организма. Критериями их стабилизации считались: АД >100 мм.рт.ст, ЧСС < 100 уд/мин., тяжесть состояния по шкале ВПХ-СС < 70 баллов. На III этапе тактики выполнялись окончательные реконструктивно-восстановительные оперативные вмешательства на костях таза. Предоперационное планирование обязательно производилось после СКТ таза. При этом предпочтение отдавалось малоинвазивным

перкутанном методикам: остеосинтез канюлированными винтами, пельвиопластика и дистантная фиксация транспедикулярной системой. Показаниями к применению малоинвазивных методик были: переломы таза без смещения отломков или переломы со смещением не более 2-3 мм, тяжелая сопутствующая патология, тяжёлая травма нескольких областей тела. По данным методикам прооперирован 231 пострадавший, 7 пациентов отказались от оперативных вмешательств III-го этапа и продолжили лечение аппаратом внешней фиксации. Все операции III-го этапа выполнялись преимущественно на 4-15 день после травмы. Вертикализация пациентов производилась на 3-5 сутки после операции с дозированной нагрузкой на поврежденную сторону. Минимальный срок стационарного лечения составил 17 суток, средний - 25 суток. Выводы. • Использование тактики ЗМХЛ у пациентов с нестабильными переломами костей таза при тяжёлой сочетанной травме является клинически эффективным и экономически выгодным способом лечения за счет сокращения сроков стационарного лечения и более ранней активизации пострадавших, позволяет улучшить ранние функциональные результаты лечения и создаёт предпосылки для хороших отдалённых результатов. • Оптимальные сроки малоинвазивных вмешательств III-го этапа тактики ЗМХЛ при лечении нестабильных переломов костей таза наступают при тяжести состояния пострадавших менее 70 баллов по шкале ВПХ-СС и в среднем составили 6 – 8 сутки травматической болезни. • Оптимальными методиками оперативных вмешательств III-го этапа тактики ЗМХЛ при лечении нестабильных переломов костей таза являются малоинвазивные перкутанные методики - остеосинтез канюлированными винтами, дистантная фиксация транспедикулярной системой, пельвиопластика.

177. Двухканальный гастроскоп и его преимущества при осложненной полипэктомии

Мечёва Л.В., Терещенко С.Г.

Москва

ГБУЗ МО "МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского"

Эндоскопическое удаление доброкачественных образований желудка, как и всякое оперативное вмешательство, сопровождается определенным риском осложнений, среди которых наиболее опасным является перфорация органа, а наиболее частым — кровотечение. Перфорация стенки желудка встречается крайне редко (0,7% по данным Панцырева Ю.М. и соавторов, 1984г), обусловлена методическими и техническими погрешностями выполнения полипэктомии. Частота кровотечений при полипэктомии из желудка колеблется от 3 до 5,3%. В нашем случае при электроэксцизии крупного полипа желудка произошло повреждение эндопетли (обрыв струны) и приваривание ее к основанию полипа. Пациентка 78 лет поступила в хирургическое отделение для эндоскопического удаления полипа желудка. При ЭГДС: в антральном отделе желудка близко к привратнику по большой кривизне ближе к передней стенке полип шаровидной формы, диаметром 5,0 см, мягкой консистенции, на короткой толстой ножке (диаметр ножки 2,0 см, длина 1,5 см). Полип пролабирует в привратник и луковицу ДПК. Гистологически — гиперпластический полип. Для удаления полипа использовали электрохирургический блок ERBE ICC 200, двухканальный видеоэндоскоп Karl Storz 13800 PKS, полипэктомическую многоцветную овальную петлю Olympus 5,0см. В ножку

полипа выполнены инъекции аминокaproновой кислоты 5% 5,0 мл со следами адреналина. На основание полипа была наложена диатермическая петля, начата коагуляция полипа. В процессе коагуляции произошёл отрыв струны, фиксирующей полипэктомическую петлю, в следствие чего было невозможно ни продолжить коагуляцию, ни снять петлю с основания полипа. Удаление петли грубым механическим способом могло привести к интенсивному кровотечению вследствие механического срезания полипа. Было принято решение продолжить эндоскопическое удаление полипа. Через второй канал эндоскопа введена другая петля для электроэксцизии, наложена выше предыдущей, проведена электрокоагуляция и отсечение полипа. После удаления полипа поврежденная петля успешно снята с его основания. Удаленный полип извлечен для гистологического исследования. Образовался крупный термический дефект, диаметром 2,0 см. Сразу после удаления полипа развилось пульсирующее артериальное кровотечение из крупного сосуда в дне термического дефекта. Успешно провели эндоскопический гемостаз, использовали орошение и паравазальные инъекции средством «Гемоблок», причем через один инструментальный канал эндоскопа вводили инъектор, через другой - спрей-кататер для орошения гемостатиком и отмывания крови. В дальнейшем осложнений послеоперационного периода не отмечено. Гистологически подтвержден гиперпластический полип без атипии и дисплазии. При наблюдении через 6 месяцев после операции в зоне удаленного полипа сформировался грубый звездчатый рубец 1,0 см, признаков рецидивного роста полипа не выявлено. Таким образом, с помощью второго инструментального канала эндоскопа удалось успешно удалить полип, извлечь поврежденную эндопетлю, избежать интенсивного кровотечения и проведения лапаротомии и гастротомии с целью удаления полипа и поврежденного инструмента. Второй инструментальный канал так же удобно использовать для введение нескольких инструментов при выполнении эндоскопического гемостаза.

178. Результаты лечения больных после выполнения интерсфинктерных резекций при опухолях нижеампулярного отдела прямой кишки.

Шинкарев С.А. Ботов А.В. Латышев Ю.П. Сорокин С.В. Клычева О.Н.

г. Липецк

ГУЗ "ЛООД"

Актуальность. В настоящее время при лечении малоинвазивного рака нижеампулярного отдела прямой кишки (T1,T2) получила распространение методика интерсфинктерной резекции прямой кишки с с низведением в анальный канал сигмовидной кишки в различных модификациях. Данная операция предполагает сохранение наружного сфинктера с обеспечением опухоленегативных краев резекции. Цель исследования. Оценка результатов лечения больных после выполнения интерсфинктерных резекций прямой кишки Материал и методы. В ГУЗ "ЛООД" с 2014г интерсфинктерная резекция прямой кишки при опухолях не выше 2 см от зубчатой линии выполнена 10 больным, из них у 2 больных опухоль располагалась в 1,5см от зубчатой линии. Всем больным выполнена предоперационная ХЛТ СОД 48-50 Гр. Операций с формированием первичного коло-анального анастомоза с тазовым резервуаром и формированием превентивной стомы выполнено 5, из них 2 лапароскопически. Интерсфинктерная

резекция с низведением в анальный канал сигмовидной кишки с избытком выполнена 5 больным, из них 2 операции выполнены лапароскопически. Женщин 2 ,мужчин 8. Возраст пациентов – 44–77 лет. У 5 больных по данным МРТ ОМТ имелись признаки инвазии опухоли в мезоректум, глубина инвазии не указывалась, у 5 больных по данным МРТ без явных признаков инвазии в мезоректум. У 1 пациента по данным МРТ ОМТ имелись признаки поражения л/узлов мезоректум. После проведения ХЛТ СОД 48-50Гр при контрольном МРТ ОМТ у 7 больных признаки значительной резорбции опухоли, без поражения л/узлов, у 2 больных признаки субтотальной резорбции опухоли, у 1 больного по данным МРТ ОМТ признаки незначительной резорбции опухоли. Результаты. Ранних послеоперационных осложнений не наблюдалось. Инфекционные осложнения со стороны п/о раны не встречались. У 7 пациентов удалось обеспечить дистальный край резекции в 2 см от нижнего края опухоли. у 3 пациентов дистальный край резекции был в 1,5см от нижней границы опухоли. По данным патоморфологического заключения у 2 пациентов признаки лечебного патоморфоза опухоли IV степени, у 7 пациентов признаки лечебного патоморфоза II-и III степени, у 1 пациента патоморфоз не выражен. В среднем, после проведения ХЛТ нижняя граница опухоли увеличивалась до 0.6см. У 1 пациента с невыраженным лучевым патоморфозом через год после операции выявлен рецидив в области анастомоза. Пациенту выполнена БПЭ прямой кишки. у 1 пациента с патоморфозом II степени через 6 месяцев выявлены множественные билобарные МТС в печени. пациент умер через 1месяц после выявления прогрессирования. У одной больной с патоморфозом II степени, через год после оперативного лечения выявлены множественные МТС в печени. пациентка проходит ПХТ по настоящее время. Осложнений со стороны колоанального анастомоза не было. У 2 пациентов после операции развилась инконтиненция 3 степени , у 2 инконтиненция 1 степени, у остальных пациентов функция держания удовлетворительная. Выводы. 1. Выполнение интерсфинктерной резекции прямой кишки возможно у больных нижеампулярного отдела прямой кишки только после проведения предоперационной ХЛТ. 2. Предиктором удовлетворительных результатов лечения опухолей нижеампулярного отдела прямой кишки после проведения ХЛТ является патоморфоз опухоли II- IV степени. 3. Интерсфинктерная резекция прямой кишки позволяет достичь удовлетворительных онкологических и функциональных результатов лечения.

179.К вопросу кадрового потенциала хирургической службы

Мяконький Р.В.

Волгоград

ГБУЗ "Волгоградская областная клиническая больница №3"

Актуальность. По данным официальной статистики, приведенной территориальным органом Федеральной службы государственной статистики по Волгоградской области, население региона в 2015 году составило 2557400 человек, из них городское 1957200 (76,5%), сельское 600200 (23,5%). Непосредственно в Волгограде постоянно проживающее население составляет 1017451 человек (39,8% от населения области). На 2016 год в волгоградском регионе, в рамках выполнения «дорожной карты», обеспеченность населения врачами в амбулаторных и стационарных условиях составит

без учета специальностей 33,2 на 10 тысяч жителей, (с последующим некоторым увеличением показателя 33,5 в 2017 году и 34,0 в 2018 году). При том, что средний показатель по России (с учетом дефицита) равен 39,7 на 10 тысяч населения. Учитывая нормы эффективного обслуживания населения, установленные Правительством РФ, для качественной медицинской помощи (КМП) требуется минимум 41 врач на 10 тысяч населения. В регионе отмечается тенденция увеличения среднего возраста специалистов, работающих в учреждениях здравоохранения. Если в 2005 году средний возраст медработников составлял 42-47 лет, то по состоянию на 1 января 2011 года — 48-53 года. По состоянию на 2016 год этот показатель составляет 53-58 лет. При сохраняющейся тенденции к 2018 году он составит 58-62 года.

Материалы и методы. Проведено анонимное анкетирование выпускников лечебного факультета ВолгГМУ и хирургов Волгограда, а также пациентов. Полученные результаты. Ежегодно профессиональную подготовку врачебных кадров в регионе осуществляет Волгоградский государственный медицинский университет (ВолгГМУ), но в практическое здравоохранение приходит работать незначительное количество выпускников. Согласно результатам анкетирования студентов-медиков ВолгГМУ, проведенном в 2017 году, в государственном секторе здравоохранения после окончания медуниверситета планировало быть заняты 28,6 % выпускников, в провинциальном городе готовы работать 18,4 % из них, а перспектива трудиться в сельской местности, несмотря на программу «Земский доктор», увлекает 9,2 %. В сложившихся экономических условиях размеры единовременной выплаты, а также надбавок, которые выплачиваются специалистам решившим работать на селе не столь велики. Это обстоятельство препятствует достаточному наполнению врачебными кадрами сельских лечебных учреждений. Если ранее в программе «Земский доктор» могли участвовать лица в возрасте до 35 лет, то с 2016 года возрастная планка поднята до 50 лет. Что может косвенно свидетельствовать о сохраняющемся дефиците медицинских кадров на селе. В первый год после выпуска трудоустраиваются только 65-70% специалистов. Основной причиной того, что молодые кадры не идут работать в государственные и муниципальные учреждения здравоохранения является низкий уровень оплаты труда. В качестве лиц, предоставляющих медицинские услуги, в государственном секторе здравоохранения, в марте 2017 года в поликлиниках и стационарах Волгограда нами опрошено 68 врачей-хирургов: мужчины — 45 (86,5 %) и женщины — 7 (13,5 %) в возрасте от 24 до 56 лет со стажем самостоятельной практической работы по профессии от 2 до 32 лет. Среди респондентов свое материальное положение охарактеризовали как удовлетворительное – 74%, хорошее – 17%, плохое – 9%. При этом подавляющим большинством респондентов с плохим материальным положением оказались молодые врачи со стажем самостоятельной работы по профессии от 2 до 5 лет, что определяет их как наиболее уязвимую профессиональную и социальную категорию. Согласно докладу Общероссийского народного фронта, в 2015 году в стране сохраняется отток медицинских кадров, из 7200 врачей, покинувших государственные медицинские организации, попавших в статистическую выборку, 6600 (91,6%) ушли работать в частные структуры. По полученным нами данным, в ходе проведенного в конце 2016 года анкетирования студентов-медиков ВолгГМУ 71,4 % выпускников видят свое будущее исключительно в частном секторе медицины. И связано это главным образом с финансовой стороной вопроса. Тем не менее, в частной медицине дефицита кадров не наблюдается, поскольку в коммерческие структуры, как правило, приглашаются специалисты со стажем и опытом работы. Ведь оказание платных медицинских услуг подразумевает их качество и минимизацию осложнений. В качестве лиц, получателей медицинских услуг в государственном секторе здравоохранения, выступили 104 проанкетированных пациента: мужчины — 67 (64,4%) и женщины — 37 (35,6 %) в возрасте от 18 до 79 лет. Из них 46 пациентов находились на стационарном лечении в хирургическом отделении: мужчины — 35 (52,2%) и женщины — 12 (32,4 %) и 58 посещали хирургический кабинет поликлиники: мужчины — 32 (47,8) и женщины — 25 (67,6 %). Респонденты в основном оценили свое

материальное положение как удовлетворительно – 64%, хорошее – 25%, плохое – 11%. Обсуждение. Полученные результаты показывают, что потенциально лишь ? пациентов может позволить лечение в частных медицинских клиниках и центрах, в то время как ? населения пользуются услугами государственного сектора здравоохранения, что составляет абсолютное большинство населения России. В конечном счете, уход врачей в частную медицину ведет не только к ослаблению врачебных ресурсов, но и к снижению КМП (качество технологии) в государственных больницах и поликлиниках. Количество врачей – определенная константа. Если некоторое число из государственных поликлиник и стационаров их убывает в частную медицину или сельскую местность, то неизбежно нарастает дефицит специалистов в городе. Поскольку вакантные места, автоматически не восполняются из числа тех, кто имеет право на осуществление врачебной практики, но не работает по профессии в силу ряда тех или иных причин. Проблема подготовки и закрепления молодых специалистов в государственном секторе здравоохранения может быть решена при условии многофакторного подхода. Выводы. Эффективность профессиональной деятельности любого врача определяется уровнем его профессиональной подготовки, психологическим состоянием, социально-экономическими условиями и особенностями работы, которые являются неотъемлемыми частями его социальной роли как специалиста. При выполнении своих обязанностей врач имеет не только профессиональные возможности, но и сталкивается с определенными социальными рисками. Особую актуальность проблема приобретает в хирургической практике. Труд хирургов принадлежит к числу наиболее сложных и ответственных видов деятельности человека. Он характеризуется значительной интеллектуальной нагрузкой, а в отдельных случаях большими физическими нагрузками и выносливостью, предъявляет повышенные требования к объему оперативности и долговременной памяти, вниманию, высокой трудоспособности в экстремальных условиях. Сегодня ни у кого не возникает сомнений в том, что последипломное образование врачей, в том числе хирургов, нуждается в модернизации. Специфика образования любого профессионала должна учитывать особенности главного контакта профессионала с объектом его усилий. Врачебная профессия относится к социальным специальностям (главный контакт: человек – человек). В настоящее время имеет место недостаточная практическая подготовка студентов, которые могли бы в полном объеме выполнять свою работу сразу же после окончания медицинского вуза. Не менее важно и решение вопроса о том, как удержать молодых специалистов на рабочем месте. В первичном коллективе для молодого специалиста весьма актуальна социальная профессионализация. Как правило, в первые трудовые будни в медицинской организации новички опасаются больше всего не справиться со своими обязанностями, обнаруживают недостаток своих знаний, умений, навыков. С этим обстоятельством согласились 87,4% опрошенных нами в ходе исследования хирургов. Большим подспорьем в подготовке и удержании на рабочих местах молодых специалистов является наставничество опытных коллег, отлично знающих и любящих свою профессию, готовых поделиться своими навыками с неопытными коллегами. Рекомендации. Для повышения кадрового потенциала хирургической службы, в ближайшее время со стороны Российского общества хирургов, как фундаментального профессионально-го сообщества должны быть предприняты активные меры по совершенствованию системы подготовки начинающих хирургов, их профессиональной социализации и юридической защите.

180. Стрессовые поражения желудочно-кишечного тракта, осложненные кровотечением у пациентов медиастинитом

Столяров С.И. (1), Григорьев В.Л. (2)

Чебоксары

1) БУ "Республиканская клиническая больница", 2) ГАУ ДПО "Институт усовершенствования врачей"

Актуальность. Острые стресс-язвы и эрозии верхних отделов желудочно-кишечного тракта (ЖКТ), осложненные кровотечением могут развиваться у пациентов при тяжелых травмах, дыхательной недостаточности, ожогах, сепсисе и других критических состояниях. Это утяжеляет течение основного заболевания и увеличивает летальность. Цель исследования. Изучить частоту развития острых стресс-язв и эрозий у пациентов с острым гнойным медиастинитом различной этиологии. Материал и методы. С 1984 по июль 2017 года в хирургическом торакальном отделении БУ «Республиканская клиническая больница» пролечено 192 пациента с острым гнойным медиастинитом. Мужчин было 144 (75%), женщин – 48 (25%). Средний возраст больных $47,2 \pm 1$ лет. Причины острого медиастинита: одонтогенные – 50 (26%); спонтанный разрыв пищевода – 32 (16,7%); тонзиллогенные – 31 (16,1%); ятрогенные повреждения пищевода – 27 (14,1%); повреждения пищевода инородными телами – 25 (13%); травмы – 17 (8,8%); другие – 11 (5,7%). Умерло 44 (общая летальность – 22,9%). Результаты. Кровотечения из стресс-язв и эрозий верхних отделов желудочно-кишечного тракта наблюдались у 18 (9,3%). Причины ОГМ у них были: тонзиллогенные – 4, инструментальные повреждения пищевода – 4, спонтанный разрыв пищевода – 5, повреждение пищевода инородными телами – 2, гнойный артрит грудинно-ключичного сочленения – 1, травма шеи – 3. Сроки поступления пациентов от 12 часов до 14 суток, в среднем $4,8 \pm 0,3$ дня. Все пациенты подверглись оперативному вмешательству. Выполненные оперативные вмешательства: торакотомия – 7 (с ушиванием повреждения пищевода – 4, с экстирпацией грудного отдела пищевода – 1), чресшейная медиастинотомия – 11. Кровотечения из стресс-язв и эрозий верхних отделов ЖКТ возникли на 6 – 15 сутки послеоперационного периода (в среднем на $11,6 \pm 0,3$ дня). При эндоскопическом исследовании острые язвы и эрозии локализовались в желудке – у 8, в двенадцатиперстной кишке – 5, в пищеводе – у 2, множественные язвы желудка и двенадцатиперстной кишки диагностированы у 3. У троих кровотечения из стресс-язв сочетались с перфорацией полого органа: желудка – 1, двенадцатиперстной кишки – 1, пищевода – 1. Все пациенты были экстренно оперированы: двоим выполнена лапаротомия с ушиванием дефекта полого органа и дренированием брюшной полости. В одном случае произведена торакотомия слева с ушиванием дефекта нижнегрудного отдела пищевода. У 15 имелась клиника кровотечения в просвет желудочно-кишечного тракта. Им проводилась гемостатическая, антисекреторная терапия, переливание эритроцитарной массы, свежезамороженной плазмы. Наряду с консервативной и заместительной терапией применялись методы эндоскопического гемостаза. Двоим пациентам в связи с неэффективностью проводимой консервативной терапии и рецидива кровотечения из острых язв кардии произведена лапаротомия, ушивание кровоточащих язв желудка. Из 18 пациентов умерло 8. Причины летальных исходов: сепсис с развитием полиорганной недостаточности у 6, разлитой гнойный перитонит у 2. Заключение. Таким образом, стрессовые поражения желудочно-кишечного тракта, осложненные кровотечением значительно утяжеляют состояние пациентов с острым гнойным медиастинитом и ухудшают прогноз заболевания. С целью уменьшения стрессовых поражений ЖКТ у пациентов с острым гнойным медиастинитом необходимы ранняя диагностика заболевания, адекватное по объему хирургическое вмешательство,

борьба с гипоксией, раннее энтеральное питание, назначение антагонистов H₂ рецепторов гистамина и ингибиторов протоновой помпы.
