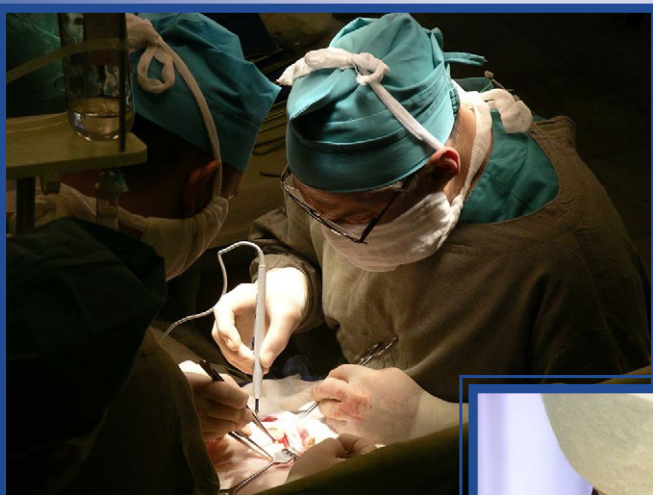


ISSN 2075-6895

АЛЬМАНАХ

Института Хирургии
имени А.В. Вишневого



№2 2019

АЛЬМАНАХ

Института хирургии
имени А.В. Вишневского

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета
Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение
рекомендаций по подготовке тезисов.

Т Е З И С Ы

**III-го Уральского
конгресса хирургов**

**посвященного 90-летию
со дня рождения
И. Д. Прудкова**

**г. Екатеринбург
21-22 ноября 2019 г.**

**1.Клеевая фиксация имплантов
при эндовидеохирургической
паховой герниопластике,
как альтернатива 3D технологии**

*Поляков А.А., Михин И.В., Косивцов О.А.,
Абрамян Е.И., Рясков Л.А., Китаева А.В.*

Волгоград

Волгоградский государственный
медицинский университет

Актуальность. Самый распространенный вариант грыжи брюшной стенки – паховая, составляющая около 75% от всех грыжевых дефектов. Рекомендованные варианты лечения в настоящее время – не натяжная пластика с использованием сетчатых имплантов, доказавших свое преимущество в плане комфортного для пациента послеоперационного периода с быстрым восстановлением, а также меньшей частотой хронического болевого синдрома. Высокая частота сенсорных нарушений при использовании полипропиленовой сетки в большинстве своем связывается с методом фиксации. Эндогерниологи пытаются отказаться от инвазивной фиксации, перейдя на бесфиксационное позиционирование имплантов или использование адгезивов. Вопрос фиксации, несмотря на рекомендации Европейского общества герниологов и HerniaSurge об отсутствии необходимости фиксации сеток при грыжевых дефектах до 3 см, зачастую решается использованием самофиксирующихся протезов или имплантов с памятью формы (3D), которые увеличивают затраты на вмешательство. Однако клеевое позиционирование стандартных плоских имплантов обеспечивает плотное прилегание и быструю их интеграцию в брюшную стенку с полной безопасностью в «треугольниках боли и смерти». Материал и методы. В настоящее время мы располагаем опытом 293 эндовидеохирургических герниопластик у 236 больных, из них у 57 (24,2%) имелись двусторонние паховые грыжи, которые устранены одномоментно. Мужчин было 222 (94,1%), женщин - 14 (5,9%). Трансбдоминальный доступ использовали в 183 (62,5 %), экстраперитонеальный - в 110 (37,5%) случаях, причем по варианту ТЕР – в 20, по расширенному - е-ТЕР – в 90. Позиционирование полипропиленовых имплантов осуществляли многозарядным герниостеплером в 143 (48,8%) случаях, медицинским клеем в 84 (28,7%), а методика бесфиксационного вакуум-позиционирования

применена в 66 (22,5%) случаях. Хронический болевой синдром - трудноразрешимая проблема, с которой мы столкнулись у 1 пациента при использовании более 7 клипс для фиксации на раннем этапе освоения малоинвазивных методик. В связи с этим мы ограничили частоту применения степлерной технологии, используя редуцированную Г-образную фиксацию имплантов, максимально в 3 точки. Предпочтение отдаём не инвазивной методике позиционирования имплантов. При этом считаем обязательной фиксацию при дефектах более 2,5-3 см, а также при комбинированных, двусторонних и рецидивных грыжах. Альтернативный вариант не инвазивного позиционирования имплантов – применение клеевых композиции. Мы используем отечественный цианакрилатный клей «Сульфакрилат», фиксация импланта которым происходит почти мгновенно, а манипуляция выполняема по всему его периметру без угрозы повреждения важных анатомических структур. Используя эту методику, мы отметили, что протез, за счет увеличенного количества точек фиксации клеем, полностью повторяет форму паховой зоны, становится конгруэнтным её рельефу с появлением 3D эффекта. Полученные результаты. Интраоперационными осложнениями в виде повреждения сигмовидной кишки при выделении грыжевого мешка во время TAPP аллогерниопластики мы столкнулись у 2 больных со скользящими грыжами слева, одному выполнили лапаротомию и ушивание дефекта, у другого – повреждение ушили тотчас лапароскопически и продолжили вмешательство в штатном режиме, с выздоровлением без осложнений в обоих случаях. Повреждение нижней эпигастральной артерии, произошедшее в 1 случае, потребовало гемостаза сквозным прошиванием. Летальных исходов не было. Контрольное обследование в сроки от 6 месяцев до 4 лет выполнено у 189 (80,1%) пациентов, рецидивов не выявлено. Выводы. Переход на не инвазивную фиксацию - верный шаг в сторону снижения возможных интра- и послеоперационных осложнений. Применение отечественного цианакрилатного клея позволяет добиться адекватной фиксации, получить два эффекта при использовании стандартного сетчатого импланта: конгруэнтность рельефу паховой зоны стандартного сетчатого импланта и «эффект памяти», что является альтернативой применения различных имплантов с анатомической формой.

2. Использование излучения эрбиевого лазера в лечении трофических язв и длительно незаживающих ран (первый опыт в России)

Сандалов Е.Ж. (1), Хомченко В.В. (2),
Пикиреня И.И. (3)

Екатеринбург (1), Минск (2,3)

ООО «Сеть клиник «Линлайн» (1),
ООО «ЛИНЛАЙН Медицинские Системы»
(Минск) (2),
ГУО «Белорусская медицинская академия
последипломного образования» (Минск) (3)

Ведение. Язвы голени представляют истинный крест хирургов по своему громадному упорству и трудности лечения. (С.И. Спасокукоцкий). Число методов лечения трофических язв (ТЯ) и длительно незаживающих (ДН) ран приближается к десяти тысячам. Это подтверждает недостаточную эффективность имеющихся методов и необходимость поиска новых. Лечение пациентов с ТЯ и ДН ранами сложное, длительное и высокочувствительное. Цель. Оценить возможности излучения эрбиевого лазера в лечении трофических ран. Материалы и методы. В Екатеринбурге в клинике «Линлайн» впервые в России применен и используется разработанный в Беларуси метод лазерного дебридмента раневой поверхности и стимуляции репарации, основанный на воздействии излучения Er:YAG лазера (Евразийский патент № 021139 «Способ обновления биологических тканей и устройство для осуществления способа»). Первый этап: воздействие на поверхность раны излучением эрбиевого лазера в импульсном режиме с целью санации гнойно-некротического очага и удаления нежизнеспособных тканей методом абляции (вапоризации). За счет оптимизации временных параметров лазерных импульсов происходит удаление нежизнеспособных тканей, стерилизация раневых поверхностей без перегрева подлежащих слоев. Второй этап: для восстановления трофики и стимуляции роста новых тканей используется пространственно модулированное излучение YAG:Er лазера, которое создает в ткани упорядоченные области микроабляции. Генерирующиеся взрывные акустические волны образуют области механического микротравмирования, которые находятся в окружении нетравмированных тканей и не оказывают на их функционирование никакого воздействия. Благодаря такого рода воздействию

запускается механизм репаративной регенерации по типу реституции. Клинические исследования проведены в 9-й ГКБ г. Минска, где с 2013 г. по 2018 г. метод применен у 118 пациентов с различной локализацией ТЯ: на нижних конечностях 60 (венозные - 36, артериальные - 6, лимфатические - 3, нейротрофические - 2, диабетические - 5, другие - 8), пролежни 11, длительно незаживающие раны передней брюшной стенки - 25, посттравматические длительно незаживающие раны - 2, длительно незаживающие раны других локализаций и этиологий - 20. Возраст пациентов - от 29 до 86 лет. Площадь язв до начала лечения от 1 до 20 см², средняя - 4,13 см². Длительность существования ДН составила от 16 дней до 4 месяцев. Процедуры выполняли ежедневно в виде монометода. Полное закрытие язвенного дефекта произошло через 2 месяца у 15 пациентов, через 4 месяца — у 4. Болевой синдром значительно уменьшался или исчезал после 1 – 2 сеансов лечения. После подготовки поверхности 3 пациентам выполнена аутодермопластика с заживлением язв. Осложнений и побочных эффектов не отмечалось. Результаты и обсуждение. В клинике «Линлайн» (Екатеринбург) с января 2018 г. проходило и проходит лечение 71 пациент в возрасте от 20 до 84 лет. Сроки существования трофических язв и длительно незаживающих ран - от 1 месяца до 15 лет. Размеры дефектов от 0,7х0,7 см до 12,0х7,0 см, глубина от 0,1 см до 2,0 см. Количество процедур от 1 до 27 с промежутками между процедурами от 1 до 14 дней. Практически у всех пациентов отмечена положительная динамика: у 10 - ТЯ и ДН раны зажили в сроки от 14 до 180 дней, еще у 6 - уменьшение в размерах на 66-75% в течение 2-3 месяцев, у 2 — значительно уменьшились трофические расстройства. После заживления венозных ТЯ пациентам рекомендовано оперативное вмешательство на венах. Выводы. Применение метода излучения Er:YAG лазера в лечении ТЯ и ДН ран является эффективным и может применяться как в виде монометода, так и в комплексной терапии.

3. Реконструкция корня аорты на примере операции Дэвида

Чигарева И.А.

Москва

ФГАОУ ВО ПМГМУ им. И.М. Сеченова

Введение: Частота развития аортального порока в сочетании с аневризмой восходящей аорты составляет около 5,9 на 100 тыс. населения. Выживаемость в течение 5-10 лет не превышает 13-19 %. Летальность при остром расслоении аорты достигает 50%. Цель исследования: Применение клапаносохраняющих операций при лечении пороков аортального клапана при узком корне аорты позволяет снизить количество послеоперационных осложнений и летальность у пациентов. Материал и методы исследования: Преимуществом данных технологий является сохранение клапано-аортального комплекса по технике Дэвида. Клапаносохраняющие операции в настоящее время сочетаются с ремоделированием всего корня аорты. Были исследованы 98 пациентов. Среди обследуемых пациентов были пациенты с I и II степенью аортальной недостаточности. Клапаносохраняющая коррекция аортальной недостаточности проводилась по методу Дэвида. Этиологическим фактором была дисплазия соединительной ткани и наличие атеросклероза в анамнезе. У большинства пациентов в послеоперационный период было отмечено снижение степени аортальной регургитации по результатам ЭхоКГ. Результаты и их обсуждение: Возможными осложнениями являются кровотечения, инсульт, ИМ. При проведении у пациентов с патологией сердечно-сосудистой системы (расслоение аорты, недостаточность кровообращения, синдром Марфана, патология восходящего отдела аорты в анамнезе). Продолжительность ИК составила 200,0 мин, продолжительность окклюзии аорты составила 160 мин, интраоперационная кровопотеря составила 650 мл. Госпитальная летальность у пациентов во время проведения операции отсутствовала. Данные результатов ЭхоКГ подтвердили положительную динамику в раннем послеоперационном периоде. Вывод: Основная задача врача хирурга это не только сохранить нативный клапан больного, а также отказаться от антикоагулянтов, снизить уровень его инвалидизации, клапанозависимых осложнений. Полученные результаты исследования подтверждают тот факт, что использование

клапаносохраняющей коррекции у пациентов улучшает внутрисердечную гемодинамику.

4. Клиническое значение морфофункциональных различий между нейтрофилами периферической крови и перитонеального экссудата при разлитом гнойном перитоните

Никитина Г.В., Малышко В.В.

Краснодар

ФГБОУ ВО КубГМУ Минздрава России

Перитонит, осложненный абдоминальным сепсисом - актуальная проблема гнойной хирургии. В настоящее время остается множество нерешенных вопросов, связанных с патогенезом, прогнозом осложнений и исходов перитонита. Поэтому возникает необходимость в поиске молекулярно-клеточных маркеров прогрессии воспалительного процесса в брюшной полости. Нейтрофильные лейкоциты - универсальные эффекторы воспалительных реакций организма. Активированные нейтрофилы нарушают гомеостаз, что может негативно повлиять на течение патологического процесса. Для понимания роли нейтрофилов в развитии абдоминального сепсиса следует изучить их жизнедеятельность вне кровеносного русла, непосредственно в перитонеальном экссудате. Цель исследования. Сравнительный анализ морфофункциональных особенностей нейтрофилов крови и микрофагов перитонеального экссудата при гнойном перитоните. Материал и методы. Исследована периферическая кровь 85 здоровых людей, а также 69 пациентов с острыми хирургическими заболеваниями органов брюшной полости, осложнившимися гнойным перитонитом. У 36 белых крыс вызывали экспериментальный гнойный перитонит, исследовали нейтрофилы периферической крови и перитонеального экссудата. Группу фонового контроля составили 30 животных. Провели количественное цитохимическое исследование нейтрофилов крови и микрофагов перитонеального экссудата. С помощью компьютерного анализа клеточного

изображения определяли содержание и распределение в клетках цитохимических маркеров антибактериальных веществ: НАДФН-оксидазы, миелопероксидазы, нафтол-AS-D-хлорацетатэстеразы, щелочной фосфатазы, катионных белков. Исследовали фагоцитарную функцию. Результаты исследования. У пациентов с разлитым гнойным перитонитом выявлены ультраструктурные и метаболические изменения в циркулирующих нейтрофильных лейкоцитах. Резко повышается активность щелочной фосфатазы и НАДФН-оксидазы; снижается активность миелопероксидазы и нафтол-AS-D-хлорацетатэстеразы. Высокие показатели активности НАДФН-оксидазы и щелочной фосфатазы свидетельствуют о гиперактивации циркулирующих клеток. Гиперактивация сопровождается уменьшением функционального резерва нейтрофилов, что установлено при их дополнительной стимуляции бактериальным антигеном *in vitro*. При экспериментальном перитоните на ранних стадиях заболевания в микрофагах обнаружены более высокие, чем в циркулирующих клетках, показатели активности миелопероксидазы, нафтол-AS-D-хлорацетатэстеразы и содержания катионных белков. Выявлена транслокация плазматической мембраны ферментов активации: НАДФН-оксидазы и щелочной фосфатазы. Повышенное содержание в экссудатных клетках бактерицидных компонентов свидетельствует о том, что в начале воспаления из кровеносного русла в ткани выходит популяция клеток, обладающих наиболее высоким функциональным потенциалом. Прогрессия перитонита в разлитой гнойный процесс коррелирует с нарушением способности нейтрофилов захватывать, убивать и переваривать бактерии. Цитохимический профиль микрофагов показывает, что клетки активно теряют бактерицидные компоненты: в 2,7 раза уменьшается содержание катионных белков, в 2 раза снижается активность миелопероксидазы, в 1,7 раза ? активность нафтол-AS-D-хлорацетатэстеразы ($p < 0,001$). Низкое содержание антибактериальных маркеров в микрофагах может привести к несостоятельности процесса фагоцитоза при непосредственном взаимодействии с микроорганизмами в гнойном очаге. Выводы: Гнойный перитонит сопровождается гиперактивацией циркулирующих нейтрофилов, что приводит к снижению их функционального резерва еще до выхода в очаг воспаления брюшины. Способность к фагоцитозу микрофагов перитонеального экссудата обратно-пропорциональна степени выраженности гнойного процесса. Количественные параметры

распределения в цитоплазме нейтрофилов крови и микрофагов перитонеального экссудата цитохимических маркеров антибактериальных систем могут служить лабораторным критерием прогрессии гнойного процесса и прогностическим признаком развития абдоминального сепсиса.

5. Опыт применения санационной видеолaparоскопии при панкреатогенном перитоните

*Ваккасов М.Х., Исхаков Б.Р.,
Алижанов А.А., Исхаков Н.Б.*

Наманган

Республиканский научный центр экстренной
медицинской помощи, Наманганский филиал

За последние 10 лет нами в комплексном лечении 52 больных с деструктивным панкреатитом (ДП) была включена методика видеолaparоскопической санации (ВЛС) брюшной полости + внутри-аортальная антибактериальная терапия. У всех больных во время лапароскопии установлен ДП, в том числе у 21 – субтотальное поражение тела и хвостовой части поджелудочной железы (ПЖ) с крупноочаговым геморрагическим некрозом паранкреальной клетчатки, у 12 – жировой некроз преимущественно головки и тела ПЖ с массивной инфильтрацией и имбибрицией гепатодуоденальной связки, паранефральной и параколической клетчатки, у 19 – мелкоочаговый и смешанный некроз тела и хвостовой части ПЖ с инфильтрацией и имбибрицией корня брыжейки поперечно-ободочной кишки и паранкреальной клетчатки. В процессе ВЛС у 30 больных (первая группа) выполнялся ряд вмешательств: аспирация экссудата и санация антисептиками, подведение дренажных трубок в количестве от 3 до 5 в отлогие места брюшной полости; новокаиновая блокада корня брыжейки поперечно-ободочной кишки, паранкреальной клетчатки и круглой связки печени, санация и дренирование сальниковой сумки (СС) (14), лапароскопическая холецистостомия при наличии билиарной гипертензии (3), лапароскопическая холецистэктомия (ЛХЭ) при деструкции желчного пузыря

(4), ЛХЭ с наружным дренированием холедоха через культю пузырного протока (2), переход на лапаротомию и удаление некротизированных участков ПЖ (7). У 22 (вторая группа) во время ВЛС устанавливается распространение панкреонекроза, осуществляется активная аспирация ферментативного выпота, санация и дренирование отложившихся мест брюшной полости для проведения перитонеального лаважа и по показаниям холецистостомия или ЛХЭ с декомпрессией билиарных протоков. При этом ни в одном случае не проводились активные вмешательства в зоне патологического процесса (вскрытие, дренирование и тампонирование СС, некроэктомию из ПЖ, забрюшинной клетчатки (ЗБК) и т.д.). Однократная ВЛС выполнена 10 пациентам, двухкратная – 6, трехкратная – 4, четырехкратная – 2. У больных первой группы (30) ВЛС и внутриаортальная катетерная терапия оказались эффективной, и позволила добиться купирования воспалительного процесса у 23 (76,7%). У 7 (23,3%) – произошло инфицирование зон некроза ПЖ и ЗБК. Этим пациентам выполнялись традиционные «открытые» операции в программируемом режиме. Умерло после операции 4 (13,3%) больных. У пациентов второй группы (22) мы не наблюдали прогрессирования панкреонекроза и забрюшинной секвестрации. Следует отметить, что такая тактика оказалась эффективной у всех больных второй группы. Осложнений и летального исхода не отмечалось. По нашему мнению, такие результаты у больных второй группы связаны именно с минимальным объемом вмешательств в зоне некротических очагов ПЖ и ЗБК. Таким образом, полученные результаты позволяют считать, что даже диагностированный при поступлении деструктивный панкреатит не всегда является показанием к неотложной операции. Применение передовой технологии – видеолапароскопической санации и базисной патогенетической терапии приведет к реальному снижению летальности у этой тяжелой категории больных.

6.Видеолапароскопический адгезиолизис у больных с острой спаечной кишечной непроходимостью

*Исхаков Б.Р., Исманов А.А.,
Исхаков Н.Б., Исабаев Ш.Б.*

Наманган

Республиканский научный центр экстренной
медицинской помощи Наманганский филиал

В последнее время большое внимание привлекает проблема лапароскопических операций у больных со спаечным процессом в брюшной полости. За последние 10 лет в Наманганском филиале РНЦЭМП находились 1146 пациентов с острой спаечной кишечной непроходимостью (ОСКН). Пациентов женского пола было 664 (57,9%), мужчин – 482 (42,1%). Диагностика основывалась на клинических данных, результатах ультразвукового и рентгенологического исследований, лапароскопии. Консервативная терапия оказалась эффективной у 387 (33,8%) больных, оперировано 759 (66,2%). С клинко-рентгенологическими признаками острой спаечной кишечной непроходимости традиционная лапаротомия выполнена у 645 (85%) больных. Лапароскопический способ применен у 114 (15%) больных. Возраст больных – от 10 до 72 лет. В анамнезе больные перенесли аппендэктомию разрезом по Волковичу – Дьяконову (49), доступом Ленандера (5), нижнесрединную лапаротомию по поводу гинекологической патологии (38). По две и три операции на верхних и нижних этажах брюшной полости перенесли – 22 больных. Наиболее ответственным этапом лапароскопии у этой категории больных являлось введение первого троакара и наложение карбоксиперитонеума. У больных ранее оперированных средне-срединным лапаротомным доступом, с высокой вероятностью спаечного процесса введение первого троакара проводилось методом открытой лапароскопии (методика Хассана), при его использовании повреждений органов брюшной полости не отмечено. Лапароскопический адгезиолизис успешно был выполнен 82 (72,9%) больным. На диагностическом этапе лапароскопии были выявлены: 1-2 висцеро-висцеральные и висцеро-париетальные шнуровидные тяжи, ущемляющие кишечную петлю у 41 пациентов, ущемление кишечной петли фиксированным сальником – у 19, заворот петли тонкого кишечника фиксированной спайкой у 16, конгломерат, состоящий из спаянных между собой кишечных петель у 6.

Лапароскопической адгезиолизис заключался в рассечении и иссечении спаек биполярным электродом или ножницами. После устранения причин кишечной непроходимости провели ревизию тонкого кишечника, перебирая каждую петлю двумя мягкими зажимами. В большинстве случаев операцию завершили промыванием брюшной полости дистиллированной водой и оставлением контрольной трубки в малом тазу. Причиной конверсии у 32 (28%) пациентов явился: некроз петли кишечника (9), кровотечение из рассеченных спаек (1), сомнение в жизнеспособности ущемленной петли (7), подозрение на обтурационную толстокишечную непроходимость кишечника (2) и массивный спаечный конгломерат петли кишок (13) чего лапароскопически расправить не представилось возможным. Интраоперационное осложнение отмечено у одного пациента и своевременно выполнена конверсионная лапаротомия, ушивание дефекта тонкого кишечника. Релапароскопия по поводу внутрибрюшных осложнений в ближайшем послеоперационном периоде была проведена у 5 больных (вялотекущий послеоперационный перитонит - 3, воспалительный инфильтрат - 2). Этим больным выполнена видеолапароскопическая санация и дренирование брюшной полости. Нагноение троакарной раны было отмечено у 4 больных, эмфизема предбрюшинной клетчатки - 3. Из числа больных подвергнутых конверсионной лапаротомии, резекцией некротизированной части тонкого кишечника умерли 5 (0,66%) больных от тромбоэмболии легочных артерий (3), прогрессирующей полиорганной недостаточности на почве сахарного диабета, цирроза печени и ишемической болезни сердца. Средний койко-день составил 4,2 дней. Таким образом, широкое применение видеолапароскопии при острой спаечной кишечной непроходимости позволяет уменьшить количество послеоперационных осложнений, сократить сроки пребывания больного в стационаре, обеспечить раннее восстановление физической активности и трудоспособности. Тем самым, является эффективным методом профилактики рецидива спайкообразования в брюшной полости. Наиболее безопасным эндохирургическим доступом в этом случае остается открытая лапароскопия.

7. Опыт лечения трофических язв и длительно незаживающих ран излучением эрбиевого лазера

*Сандалов Е.Ж. (1), Хомченко В.В. (2),
Пикирения И.И. (3)*

Екатеринбург (1), Минск(2,3)

ООО «Сеть клиник «Линлайн» (1),
ООО «ЛИНЛАЙН Медицинские Системы» (2),
ГУО «Белорусская медицинская академия
последипломного образования» (3)

Ведение. Язвы голени представляют истинный крест хирургов по своему громадному упорству и трудности лечения. (С.И. Спасокукоцкий). Число методов лечения трофических язв (ТЯ) и длительно незаживающих (ДН) ран тысячи. Это подтверждает недостаточную эффективность имеющихся методов и необходимость поиска новых. Лечение пациентов с ТЯ и ДН ранами сложное, длительное и высокочувствительное. Цель. Оценить возможности излучения эрбиевого лазера в лечении трофических язв и длительно незаживающих ран. Материалы и методы. В Екатеринбурге в клинике «Линлайн» впервые в России применен разработанный в Беларуси метод лазерного дебридмента раневой поверхности и стимуляции репарации, основанный на воздействии излучения Er:YAG лазера (Евразийский патент № 021139 «Способ обновления биологических тканей и устройство для осуществления способа»). Первый этап: воздействие на поверхность ТЯ излучением эрбиевого лазера в импульсном режиме с целью санации гнойно-некротического очага и удаления нежизнеспособных тканей методом абляции (вапоризации), стерилизации раневых поверхностей без перегрева подлежащих слоев. Второй этап: для восстановления трофики и стимуляции роста новых тканей используется пространственно модулированное излучение YAG:Er лазера, которое создает упорядоченные области микроабляции в толще ткани. Генерирующиеся взрывные акустические волны образуют области механического микро-травмирования, которые находятся в окружении нетравмированных тканей и не оказывают на их функционирование никакого воздействия. Благодаря такого рода воздействию происходит улучшение трофики и рост новых клеток, т.е. запускается механизм репаративной регенерации по типу реституции. Клинические исследования проведены в 9-й ГКБ г. Минска, где с 2013 г. по 2018

г. метод применен у 118 пациентов с ранами различной локализации и этиологии: на нижних конечностях 60 (венозные - 36, артериальные - 6, лимфатические - 3, нейротрофические - 2, диабетические - 5, другие - 8), пролежни 11, длительно незаживающие раны передней брюшной стенки - 25, посттравматические длительно незаживающие раны - 2, длительно незаживающие раны других локализаций и этиологий - 20. Возраст пациентов - от 29 до 86 лет. Площадь язв до начала лечения от 1 до 20 см², средняя - 4,13 см². Длительность существования ДН составила от 16 дней до 4 месяцев. Процедуры выполняли ежедневно в виде монометода. Полное закрытие язвенного дефекта произошло через 2 месяца у 15 пациентов, через 4 месяца - у 4. Болевой синдром значительно уменьшался или исчезал после 1 - 2 сеансов лечения. После подготовки поверхности 3 пациентам выполнена аутодермопластика с заживлением язв. Осложнений и побочных эффектов не отмечалось. Результаты и обсуждение. В клинике «Линлайн» (Екатеринбург) с января 2018 г. проходило и проходит лечение 73 пациента в возрасте от 20 до 84 лет. Сроки существования ТЯ и ДН ран - от 1 месяца до 15 лет. Размеры дефектов были от 0,7х0,7 см до 7,3х4,0 см, глубина от 0,1 см до 1,5 см. Количество процедур от 1 до 27 с промежутками между процедурами от 1 до 14 дней. У всех пациентов отмечена положительная динамика: у 10 - ТЯ и ДН раны зажили в сроки от 14 до 180 дней, еще у 6 - уменьшение в размерах на 66-75% в течение месяца, у 2 - значительно уменьшились трофические расстройства. После заживления венозных ТЯ пациентам рекомендовано оперативное вмешательство на венах. Выводы. Применение метода излучения Er:YAG лазера в лечения ТЯ и ДН ран является эффективным и может применяться как в виде монометода, так и в комплексной терапии.

8. Ключевые моменты догоспитальной диагностики острого аппендицита

Мяконький Р.В. (1), Краюшкин С.И. (2)

Волгоград

Волгоградский государственный
медицинский университет (1),
Волгоградская областная
клиническая больница № 3 (2)

Актуальность. Государственная значимость того или иного заболевания определяется его массовостью, потерями в жизни, сроками утраты трудоспособности, т.е. социальным ущербом, который несет общество в связи с данной болезнью. На протяжении нескольких веков острый аппендицит остается бессменным лидером в топе острой хирургической патологии (А.В. Пугаев, Е.Е. Ачкасов, 2007; А.А. Полянцев, Р.В. Мяконький, 2013, С.И. Краюшкин и соавт., 2019). На его долю приходится 40-85% всех оперативных вмешательств, выполняемых в неотложной хирургии. Заболеваемость острым аппендицитом составляет 4-5 человек на 1000 населения (А.М. Бетанели, 2002). Как известно, пик заболеваемости приходится на лиц молодого, трудоспособного возраста - 20-40 лет, именно в этой возрастной группе оперируются 50,6-83,2% пациентов, женщины болеют в 2 раза чаще мужчин (Г.В. Родоман и соавт., 2016). В России ежегодно выполняется более 1 миллиона аппендэктомий. Летальность составляет 0,1-0,3%, послеоперационные осложнения - 5-9% (С.А. Фомин, 2012; А.В. Быков и соавт., 2017). На госпитальном этапе диагностика острого аппендицита в большинстве случаев не представляет значительных трудностей. В то время как проблема физикальной диагностики острого аппендицита на догоспитальном этапе не теряет своей актуальности (А.И. Кириенко, 2014; Р.В. Мяконький, С.В. Иванченко, 2017). По данным приведенным Национальным медицинским исследовательским центром хирургии им. А.В. Вишневского на 2018 г. в России с острым аппендицитом было зарегистрировано 176131 пациентов, из них оперировано 174459 (99,1%) при этом послеоперационная летальность составила 0,12%, в то время как госпитальная летальность 0,13% (А.Ш. Ревшвили и соавт., 2018). Таким образом, аппендицит следует относить к весьма серьезным заболеваниям, требующим мобилизации интеллектуальных ресурсов ученых и

практических врачей для борьбы с ним (С.И. Краюшкин, Р.В. Мяконький, И.И. Карюшкин, 2019). Материал и методы. Дизайн исследования: ретроспективный анализ результатов догоспитального физикального обследования пациентов с острым аппендицитом в сравнении с интраоперационной картиной. Проанализирована частота встречаемости отдельных симптомов, имеющих место при остром аппендиците, которые доступны для учета при догоспитальной диагностике. Выявляемость приводимых симптомов ретроспективного учитывалась на догоспитальном этапе и сопоставлялась после интраоперационной верификации острого аппендицита без учета морфологических изменений и анатомических особенностей расположения аппендикса. Исследование проведено в период с сентября 2014 по сентябрь 2019 гг. на базе хирургического отделения ГБУЗ Волгоградская областная клиническая больница № 3. Количество пациентов (без учета возраста и пола) попавших в выборку составило 200 человек. Полученные результаты. Боли в эпигастральной области в начале заболевания (дебют симптома Кохера-Волковича) – 87%. Тошнота (раздражение солнечного сплетения – «Солярный» симптом) – 49%. Рвота (рефлекторного характера) – 18%. Вздутие живота (парез кишечника) – 15%. Боль в правой подвздошной области – 88%. Дефанс в правой подвздошной области – 72%. Жидкий стул – 3%. Симптом Щеткина-Блюмберга – 77%. Симптом Ровзинга – 82%. Симптом Ситковского – 64%. Симптом Мяконького – 57%. Симптом Краюшкина – 69%. Обсуждение. Весьма точным представляется мнение W. Lawrence: «Аппендицит никогда не жалуется: он или пронзительно кричит, или остается безмолвным». Известно, что для диагностики острого аппендицита предложена масса симптомов. Не все они равноценны. По выражению H. Mondora при аппендиците: «...симптомы не подсчитываются, а взвешиваются...». Значимость разнообразных симптомов должна оцениваться лишь в совокупности их, что предполагает постановку правильного диагноза, особое значение это приобретает на догоспитальном этапе, когда врач или фельдшер ограничен в возможности применения лабораторной и инструментальной диагностики. Выводы. Принцип: "Ранняя диагностика - ранняя госпитализация – ранняя верификация – ранняя операция", вряд ли оспорим, и может подвергаться дискуссии. Залогом успеха своевременного оперативного лечения и профилактики осложнений заболевания, в том числе и послеоперационных, является ранняя

госпитализация и полноценное обследование пациента с установленным или предполагаемым диагнозом острого аппендицита. В настоящее время алгоритм, предложенный в 1909 г. в отношении острого аппендицита В.М. Минцем: «...операция должна быть продиктована намеками, а не вполне развившимися клиническими симптомами», который остается руководством к действию для многих начинающих хирургов, должен быть изменен на алгоритм А.Н. Бакулева: «...при отсутствии сомнений нужно оперировать, при сомнении в диагнозе – наблюдать». Стоит отметить, что в современных условиях длительное наблюдение является недопустимым, при сомнениях в диагнозе целесообразно использовать рутинную диагностическую лапароскопию, как стартовый этап оперативного вмешательства в экстренной хирургии. Именно лапароскопия является финальным звеном диагностики и может быть трансформирована в лечебную процедуру, будь то лапароскопическая или же видеоассистированная аппендэктомия. Рекомендации. Следует акцентировать внимание на опорных, наиболее достоверных симптомах острого аппендицита при обучении студентов медицинских вузов, курсантов хирургического профиля, а также фельдшеров и врачей службы амбулаторной и скорой медицинской помощи. Говоря об эффективности симптомов в хирургической практике необходимо придерживаться принципа общенационального аудита, базирующегося на аспектах доказательной медицины. Незыблемым должно быть правило обязательной госпитализации в хирургический стационар всех пациентов с установленным или предполагаемым диагнозом острого аппендицита.

9.Опыт совместных оперативных вмешательств: Областная детская клиническая больница и Сведловская областная клиническая больница №1

*Тупоногов С.Н. (1), Орлов О.Г. (2),
Казанцев К.Б. (2), Прудков М.И. (3),
Цап Н.А. (3)*

Екатеринбург

ГАУЗ СО "Областная детская
клиническая больница" (1),
ГБУЗ СО Свердловская областная
клиническая больница №1 (2),
ГБОУ ВО МЗ РФ Уральский государственный
медицинский университет (3)

Проведен анализ совместных оперативных вмешательств у детей разных возрастных групп специалистами детской и "взрослой" больницы. Детская хирургия-4 операции. Холедохолитиаз (5лет и 13 лет). Минилапаротомия. Холедохолитотомия. Дренаж холедоха по Керу. Киста холедоха (блет и 14 лет) Релапаротомия. Реконструктивная операция. Детская нефрология.Наложение артерио-венозной фистулы для проведения программного сосудистого гемодиализа. 15 пациентов в возрасте от 6 до 17 лет Детская онкология -26 операций.Опухоль поджелудочной железы-6 (10-14 лет). ГПДР-1, ПДР-3,энуклеация опухолевого узла-1, Резекция тела железы-1. Нейробластома таза (4года). Опухоли печени-14 (2-17лет). Правосторонняя гемигепатэктомия-4. Расширенная-6. Левосторонняя гемигепатэктомия-1.Сегментарная -3.С участием детских кардиохирургов-4 (2-17 лет) удаление опухоли и опухолевого тромба из НПВ. Одна операция с применением аппарата искусственного кровообращения. Выводы: возможность выполнения операций с редкой хирургической патологией у детей. Совместная бригада в детской онкологии-залог высокой степени радикализма при удалении опухолей и метастатических тромбов крупных магистральных сосудов.

10.Тяжелый острый панкреатит: оценка результатов лечения и возможности их улучшения

*Дарвин В.В.(1), Краснов Е.А.(1),
Кислицин Д.П.(3), Лысак М.М.(1),
Логинов Е.В.(2), Мозжегорова И.В.(1),
Петри С.И.(1)*

Сургут (1), Нефтеюганск (2), Ханты-Мансийск (3)

БУ ХМАО-Югры «Сургутская окружная
клиническая больница» (1),
БУ ХМАО-Югры «Нефтеюганская окружная
клиническая больница им В.И. Яцкив» (2),
БУ ХМАО-Югры «Окружная
клиническая больница» (3)

Цель исследования – провести анализ результатов лечения больных острым тяжелым панкреатитом и определить основные тактические и анатомо-патолофизиологические факторы, определяющие риск неблагоприятных исходов, коррекция которых может быть перспективной. Материал и методы исследования. Исследование - сплошное, описательное, ретроспективное. В основе его лежит анализ результатов лечения 3690 больного острым панкреатитом, что составило 6,5% от общего количества больных, пролеченных в отделении. Тяжелый ОП имел место у 257 пациентов (7,0%), из которых у 224 (проанализированная в исследовании когорта) применены инвазивные методики хирургического лечения: в зависимости от примененных лечебно-диагностических алгоритмов мы разделили на две группы: основная – принципы ведения больных соответствовали базовым положениями НКР (112) и контрольная (112). В основной группе малоинвазивные технологии (как окончательный вариант) применены у 91 больного (81,3%), операция из традиционного лапаротомного доступа - у 21 пациента (18,7%). В контрольной группе малоинвазивные технологии применены у 12 больных (10,7%), но они были только этапом в лечении. Результаты. Анализ ближайших результатов лечения больных обеих групп показал, что при применении малоинвазивного доступа (как окончательный вариант) умерли в послеоперационном периоде 27, послеоперационная летальность - 29,6%. При применении традиционного доступа умерли 44 больных, послеоперационная летальность – 33,3%. Общая летальность в группе больных с тяжелым панкреонекрозом составила 31,7% (71), то есть

статистически достоверного различия ближайших результатов лечения по критерию послеоперационной летальности в зависимости от примененного хирургического доступа выявлено не было ($t = 0,66$, $p > 0,05$). Но при этом отмечено, что в целом при сравнительной оценке влияния внедрения основных положений НКР (основная группа) у больных с панкреонекрозом (ОП средней тяжести и тяжелый), у которых применены инвазивные методы лечения, отмечено статистически достоверное уменьшение летальности (25,4 % и 9,5%): $t = 8,98$, $p < 0,001$. Проведен анализ по выявлению возможной взаимосвязи между частотой летальных исходов и распространением некротического процесса на забрюшинные клетчаточные пространства: в группе больных, у которых отмечены распространенные некротические изменения забрюшинной клетчатки, послеоперационная летальность составила 35,4% (67), а при отсутствии таковых – 11,4% (4), $p < 0,05$. Исходя из существующего мнения, что вовлечение и степень распространения деструктивного процесса на забрюшинную клетчатку коррелирует с конфигурацией ПН мы у 29 больных проанализировали влияние ранней декомпрессии главного панкреатического протока (ГПП) при поперечных ПН, локализующихся в головке ПЖ или теле, на профилактику прогрессирования патологического процесса и частоту осложнений и летальных исходов. В результате отмечено - образование острых жидкостных скоплений - у 2 больных (6,8%), прогрессирование и развитие септической секвестрации – у 4 (13,7%), летальные исходы - у 3 пациентов (10,3 %). Выводы. 1. При формировании лечебно-диагностического алгоритма в соответствии с НКР у больных с панкреонекрозом отмечено статистически достоверное снижение летальности, но при тяжелом ОП статистических отличий в оценке ближайших результатов не отмечено 2. Распространение деструктивного процесс при панкреонекрозе на забрюшинные клетчаточные пространства – важнейший неблагоприятный прогностический фактор, летальность при этом достигает 35,4%. 3. Эндоскопическая интрадуоденальная коррекция оттока из ГПП ПЖ показана больным с тяжелым ОП при наличии ограниченных массивных некрозов в области головки и тела поджелудочной железы с имеющейся дистальной неповрежденной паренхимой в раннем периоде (первые 3 суток от начала заболевания), при этом предпочтение следует отдавать стентированию длинным перфорированным стентом, обеспечивающим

лучшие возможности для коррекции внутрипротоковой гипертензии.

11.Изучение колоректального рака у старшейвозрастной группы в онкопроктологии

Чигарева И.А.

Москва

ФГАОУ ВО ПМГМУ им.И.М.Сеченова

Введение: Интерес к данной проблеме обусловлен особенностями роста и распространения опухолей анального канала, связанными со своеобразным его строением и механизмом лимфооттока от этого отдела пищеварительного тракта. Цель исследования: комплексное обследование больных раком прямой кишки позволяет уточнить на ранних стадиях заболевания степень распространения опухоли, выбрать оптимальный метод лечения, определить объем операции и оценить прогноз. Материал и методы исследования: В проведенном исследовании объектом исследования явились пациенты старшей возрастной группы от 75 лет, у которых впервые был выявлен рак ободочной кишки. Оценка общего состояния основывается на результатах объективного обследования больного и информации относительно его повседневной активности, полученной при непосредственном общении с пациентом. Эти данные отражают его способность самостоятельно выполнять все необходимые навыки обслуживания себя дома (Activities of Daily Living, ADLs). Не менее информативным индикатором ожидаемой продолжительности жизни является т.н. «Timed Up and Go» тест, оценивающий общую двигательную функцию пожилого пациента. Тест заключается в подсчете времени, необходимого для самостоятельного вставания больного со стула, ходьбы на 10 шагов с обычной скоростью, поворота и возвращения на место. Затрата более 13 секунд свидетельствует об ограничении индивидуальных возможностей пациента и необходимости более углубленного его обследования. Сопутствующие заболевания Наличие такой серьезной сопутствующей патологии, как ишемическая

болезнь сердца, хроническая сердечная, дыхательная или почечная недостаточность, сахарный диабет, цереброваскулярные и тромбоэмболические заболевания, хронические инфекции и т.п., в значительной степени влияет на прогноз для жизни больного пожилого возраста, страдающего онкологическим заболеванием. Результаты исследований и их обсуждение: Анализ данных по проблеме позволил отметить, что более половины злокачественных новообразований выявляются у лиц старше 70 лет. По NCRAS за 2012 год около 43% больных колоректальным раком приходится на возраст более 75 лет. Особенную опасность в хирургической практике представляют коморбидные заболевания сердечно-сосудистой системы. При этом частота встречаемости увеличивается с возрастом человека и составляет 30-50% у лиц старше 70 лет. В настоящее время не существует единых стандартизованных критериев отбора онкологических больных пожилого и старческого возраста для проведения комбинированного, комплексного лечения или для выбора определенного объема вмешательства. Шкалы, используемые в гериатрии, не адаптированы для онкологических заболеваний, а шкалы оценки функционального состояния больных, применяемые в онкологии, не учитывают возрастные изменения. Попыткой решить эту проблему является использование всесторонней гериатрической оценки (ВГО), рекомендованной Международным обществом гериатрической онкологии (SIOG) и Национальной американской противораковой сетью (NCCN V. 1.2017). Для оценки физиологического статуса пациента перед операцией традиционно применяют шкалу Американского общества анестезиологов (ASA) и Британскую анестезиологическую оценочную шкалу (CEPOD). В своих практических рекомендациях SIOG и NCCN Guidelines (V. 1.2017) предлагают посредством ВГО проводить оценку функционального и физического состояния всем пациентам старше 70 лет с солидными злокачественными новообразованиями. При скрининге для определения риска недостаточности питания пациента используют сокращенную форму шкалы оценки нутритивного статуса MNA — MNA-SF. Одной из наиболее распространенных для определения хирургического риска и выявления сопутствующей патологии у пожилых пациентов является шкала Чарлсона, ассоциированная с возрастом (CAC1), посредством которой определяются уровень, количество и тяжесть 19 предопределенных сопутствующих заболеваний органов и систем (сердечно-сосудистой, легочной,

цереброваскулярной, когнитивной), желудочно-кишечного тракта, эндокринных, почечной недостаточности, патологий соединительнотканной системы, гематологических, иммунодефицита и наличие онкологического заболевания (как солитарного, так и метастатического или наличие второй опухоли). Шкала CAC1 еще до операции определяет риск летальности пациента на 1-м году после хирургического лечения. Выводы: Несмотря на все преимущества, шкала CAC1 не прогнозирует возможные осложнения после операции и не учитывает объем, травматичность, длительность оперативного вмешательства, кровопотерю и другие важные параметры. Для этого в оценке предоперационной летальности и осложнений во многих ЛПУ используются оценочные шкалы, как P-POSSUM, CR-POSSUM, ACPGBI-CRC. Радикальное лечение должно быть применено в отношении всех пациентов независимо от возраста в соответствии с международными руководствами и национальными рекомендациями, поскольку обеспечивает лучший прогноз. Оценка статуса коморбидности пожилых пациентов и рисков хирургического и комбинированного лечения КРР возможна только при участии мультидисциплинарной команды. Поэтому необходима выработка оптимальной терапевтической тактики с учетом индивидуальных особенностей гериатрического больного. Необходимо выполнять все этапы ВГО пациентов, желательно с 1-го дня обращения. После ВГО функционального и физического статуса, а также прогнозирования рисков возможно проведение комплексного лечения КРР пожилым больным, что приведет к улучшению онкологических результатов. Выбор оптимальной лечебной тактики у пожилых онкологических пациентов — сложный и индивидуальный процесс, направленный на максимально эффективное лечение с учетом ожидаемой продолжительности жизни и имеющихся рисков у пациентов старшей возрастной группы.

12. Методы диагностики и прогнозирования течения дивертикулярной болезни толстой кишки

*Рыбачков В.В., Дряженков И.Г.,
Красильникова З.В., Кабанов Е.Н.,
Тевяшов А.В.*

Ярославль

ФГБОУ ВО МЗ РФ «Ярославский
государственный медицинский университет»

Актуальность: Распространенность дивертикулеза толстой кишки неуклонно возрастает во всем мире. Около 25% пациентов переносят эпизод симптоматической дивертикулярной болезни (ДБ) и 5% имеют осложненное течение. Результаты лечения данной патологии до сих пор остаются неудовлетворительными. Отсутствие единого взгляда в алгоритме действий определяют различия в результатах. Патогенез данной патологии полностью не изучен. В частности, остаются противоречивыми данные о клинической значимости уровня внутрипросветного давления в толстой кишке. Наметившийся прогресс в различных областях хирургии мало отразился на совершенствовании хирургической тактики у данного контингента больных. Изложенные моменты явились отправными для проведения исследования. Материал и методы: Проведен анализ лечения 194 больных с различными вариантами ДБ толстой кишки за 12 лет. Среди них женщин было 142 (73,2%), мужчин - 52 (26,8%) в возрасте от 23 до 89 лет. Средний возраст больных составил $65,1 \pm 1,0$ год. Удельный вес больных старше 60 лет достигал 69,6%. Полученные результаты: В большинстве (86%) случаев дивертикулы локализовались в левой половине толстой кишки, причем изолированный дивертикулез сигмовидной кишки выявлен у 68,0% пациентов, в правой половине - у 4,7%, тотальный дивертикулез - у 9,3%. Размер устья дивертикула варьировал от 0,2 см до 1,0 см и более. В структуре ДБ встречались осложненный дивертикулит (20,1%), ДБ с клиническими проявлениями (22,7%), кровотечения из дивертикулов (19,1%) и неосложненный дивертикулит (18%). Группа больных с перфорацией дивертикула и развитием стеноза составила 19,1% наблюдений. Из данной группы были оперированы 97,3% пациентов. Обсуждение: Ультразвуковое исследование органов брюшной полости выполнено 167 (86,1%) пациентам. Чувствительность метода составила 49,1

%, специфичность - 98%. Наибольшую чувствительность метод имел в группах больных с осложненным дивертикулитом и со стенозом и составил 87% и 75% соответственно. Колоноскопия выполнена 133 (68,6%) пациентам с различными вариантами течения ДБ. Наличие дивертикулов в толстой кишке подтверждено в 100% случаях. Внутрипросветное давление изучено у 46 пациентов при выполнении колоноскопии с помощью аппарата ИИНД 500/75 "ТРИТОН". Контрольную группу составили 12 больных без органической патологии, сопоставимые по полу и возрасту. Показатель в контроле составил $5,6 \pm 0,8$ мм рт.ст. Средний показатель внутрипросветного давления при ДБ составил $13,5 \pm 0,4$ мм рт.ст. ($p < 0,05$). Наблюдается тенденция к снижению внутрипросветного давления у женщин старше 75 лет в сравнении с более молодой возрастной группой. Максимальный уровень давления выявлен у пациентов неосложненной ДБ. При развитии осложнений ДБ отмечено снижение внутрипросветного давления. Минимальный уровень отмечен при ДБ, осложненной стенозом ($9,0 \pm 1,0$ мм рт.ст.). Снижение внутрипросветного давления до 12 мм рт.ст. и менее является неблагоприятным фактором. Данный показатель наиболее часто встречался у мужчин, что свидетельствует о предрасположенности данной категории больных к развитию осложненного течения ДБ. Изучение данного критерия позволяет выявить группу больных с неблагоприятным прогнозом течения заболевания. Консервативная терапия была эффективна у 158 пациентов (81,4%). Оперированы 36 больных (18,6%) с осложненным течением (при перфорации дивертикула - в 13,4%, при стенозах - в 5,2% случаях). Характер операции определялся локализацией ДБ и вариантом осложнения. При перфорации дивертикула выполнялись как изолированные резекции дивертикула, так и резекция пораженной части кишки (в 53,9% и 46,1% случаях соответственно). При развитии стеноза операцией выбора стала левосторонняя гемиколэктомия в 60% наблюдениях. Летальный исход наблюдался в 1 случае. Выводы и рекомендации: УЗИ и колоноскопия являются ведущими методами диагностики ДБ. Уровень внутрипросветного давления в толстой кишке может выступать критерием осложненного течения ДБ.

13.Эндоскопические методики в хирургии холедохолитиаза

*Рыбачков В.В., Дряженков И.Г.,
Гужков О.Н., Дубровина Д.Е.*

Ярославль

ФГБОУ ВО МЗ РФ «Ярославский
государственный медицинский университет»

Актуальность: Неудовлетворительные результаты лечения при холедохолитиазе в основном обусловлены недостаточной эффективностью методов интраоперационной оценки проходимости внепеченочных желчевыводящих путей. Частота резидуального холедохолитиаза в отдельных случаях достигает 20%. Определенный прогресс в этом плане появился в связи с внедрением в клиническую практику интраоперационных методов эндоскопической диагностики. Их использование в настоящее время ограничено, широкое распространение они пока не получили. Вместе с тем единичные исследования свидетельствуют об их высокой разрешающей способности. Изложенные моменты явились отправными для проведения настоящего исследования. Материал и методы: Проведена оценка эффективности и результатов применения эндоскопических и хирургических методов лечения холедохолитиаза с использованием эндоскопической папиллосфинктеротомии (ЭПСТ) и интраоперационной холедохоскопии у 108 больных с января 2018 года по сентябрь 2019 года в возрасте от 24 до 97 лет. Полученные результаты: Преобладали женщины старше 60 лет (71,3%). У всех пациентов были признаки билиарной гипертензии, в большинстве наблюдений проявляющейся желтухой. Клиника холангита отмечена у 46,3% больных. У 13,9 % пациентов ранее выполнялась холецистэктомия. При УЗ-исследовании у 28 (25,9%) больных отмечалось наличие двух и более конкрементов в холедохе. В 26,8% наблюдений камни были более 16 мм в диаметре. Обсуждение: В 71 (65,7%) случае была выполнена ЭПСТ, которую у 43 (60,6%) больных проводили канюляционным способом, у 28 (39,4%) – неканюляционным или смешанным способом. После ЭПСТ выполняли литоэкстракцию, которая была эффективна в 30 наблюдениях (42,3%). У 50 (70,4%) больных ЭПСТ явилась окончательным методом лечения, а у 21 (29,6%) – способом предоперационной подготовки к лапароскопической или «открытой» холецистэктомии или

«открытым» корригирующим оперативным вмешательствам на желчных протоках. У большинства этих пациентов все же удалось эндоскопически ликвидировать или уменьшить клинику механической желтухи и холангита, поэтому «открытые» операции выполнялись в благоприятных условиях. Осложнение после ЭПСТ наблюдали у 1 больной в виде деструктивного панкреатита с летальным исходом (1,4%). 45 больным (41,7%) проведена «открытая» холедохолитотомия (в 8 наблюдениях после ЭПСТ). Она выполнялась у больных при крупных, камнях размером более 1,5 - 2,0 см, при дивертикулах или других анатомических особенностях двенадцатиперстной кишки, когда ЭПСТ была невозможна или не принесла должного эффекта. При холедохолитотомии после удаления конкрементов для профилактики оставленных камней у 26 больных (57,8%), выполнена интраоперационная холедохоскопия. У 5 пациентов (11,1%) при эндоскопическом осмотре выявлены камни желчных протоков, что потребовало их удаления. После литоэкстракции при холедохоскопии устанавливался факт проходимости проксимальных и дистальных отделов желчных протоков, проходимости в двенадцатиперстную кишку. При осмотре желчных протоков в местах нахождения конкрементов отмечались явления гиперемии, отека слизистой с наложениями фибрина. Осложнений холедохоскопии не было. Наружное дренирование желчных протоков осуществлено в 71,1%. При отсутствии желтухи и холангита у 28,9% пациентов после предварительной адекватной ЭПСТ операция завершена глухим швом холедоха. Оставленных камней в протоках в ближайшем послеоперационном периоде у пациентов не выявлено. После холедохолитотомии летальные исходы были у 2 больных (4,4%). Общая летальность составила 2,8%. Выводы и рекомендации: Интраоперационная холедохоскопия является одним из наиболее эффективных методов оценки проходимости внепеченочных желчевыводящих путей после холедохолитотомии.

14. Острый панкреатит у лиц пожилого и старческого возраста

Попов И.Б., Бородин Н.А.,
Мальцева О.В., Дмитриев А.В.

Тюмень

АО "МСЧ Нефтяник"

Актуальность. Среди всех хирургических заболеваний органов брюшной полости острый панкреатит (ОП) всегда занимал особое место, что было обусловлено: высокой летальностью, трудностями и высокой стоимостью лечения, а также спорными моментами в выборе тактики. По объединенным статистическим данным крупных мегаполисов, включая Москву, Санкт-Петербург, за последние годы среди больных с ОП произошло снижение летальности, хотя она и остается весьма существенной. Материалы и методы. Время исследований – 10 лет (2009-2018 гг.). Всего за это время через АО МСЧ Нефтяник прошло 2993 больных с ОП, 642 (21,5%) из них были прооперированы. Общая летальность составила 2,4% (71), послеоперационная летальность по годам колебалась от 8,8 до 11,6%, и в среднем составила 10,1% (65), что существенно ниже общероссийских показателей – 14,3% послеоперационной летальности. Для оценки причин развития и эффективности хирургической тактики детальному анализу были подвергнуты истории 571 больного у которых в соответствии с национальными клиническими рекомендациями ОП расценивался, как средней и тяжелой степени. Большинство этих больных были госпитализированы в специализированное отделение гнойно-септической хирургии с подозрением на панкреонекроз. Результаты: 1. Изучены основные тенденции в заболеваемости ОП за последние 15 лет, а также распространенность тяжелого панкреатита и панкреатита средней степени тяжести у лиц ПСВ. 2. Выявлены наиболее частые этиологические факторы в развитии ОП у лиц ПСВ, а также особенности клинического течения ОП среди пациентов этой группы. 3. Установлены факторы в наибольшей степени влияющие на тяжесть течения ОП у пациентов ПСВ, в частности изучить значение желчной гипертензии на течение ОП и летальность среди пациентов этой группы. 4. Определена роль эндоскопической коррекции желчной гипертензии, в частности различных видов вмешательств на БДС в лечении ОП и снижении летальности. 5. Разработана тактика лечения ОП, установить

показания и объем эндоскопических вмешательств на большом дуоденальном сосочке у лиц ПСВ. Обсуждения: В настоящее время ОП не является прямым и экстренным показанием для выполнения дуоденоскопии. Существует мнение, что вмешательства на БДС опасны у больных с ОП. Между тем этот вопрос мало изучен. Исходя из многообразия форм окклюзии желчных протоков (см. Таблицу 3), надо полагать, что и методы разрешения желчной гипертензии должны быть различными. Кроме того часть больных с блоком БДС не имеет перспектив разрешения ситуации помимо хирургической. Выводы: 1. В подавляющем большинстве случаев (73,6%) у лиц пожилого и старческого возраста (в отличии от молодых и пациентов среднего возраста) ОП носит билиарный характер и возникает в момент нарушения окклюзии большого дуоденального сосочка. 2. Причиной нарушения оттока желчи у лиц с ОП может служить аденоматоз БДС (18,8%) и дивертикул БДС. У 1/5 больных аденоматоз и дивертикул БДС не сочетались с холедохолитиазом и послужили единственной причиной развития билиарного панкреатита, так сказать, «в чистом виде». 3. Показанием к дуоденоскопии является любое повышение билирубина выше нормы, а также признаки желчной гипертензии, установленные инструментальными методами. В этом случае дуоденоскопия должна быть выполнена лицам с ОП в течение первых суток с момента поступления. Пожилой и старческий возраст не является противопоказанием для выполнения эндоскопических вмешательств. 4. «Разрешенный объем» вмешательства на БДС у больных с клиникой ОП до настоящего времени не определен. Рекомендации: У части больных с ОП разрешить желчную гипертензию эндоскопическим путем не удастся по техническим причинам (протяженные стриктуры, перенесенная операция резекции желудка по Бильрот 2 и т.п.). Но эффективность снятия желчного блока в лечение ОП настолько высока, что, по нашему мнению, она должна быть выполнена любым способом. Если не удастся это сделать эндоскопически, то она производится с помощью пункционных методов – микрохирургическим методом под контролем УЗИ или С-дуги.

**15.Холедохолитиаз. Современные
эндоскопические пути решения проблемы
на базе АО "МСЧ Нефтяник"**

*Попов И.Б., Аутлев К.М., Жабелов Р.О.,
Дмитриев А.В., Яхяев Э.З., Мальцева О.В.*

Тюмень

АО "МСЧ Нефтяник"

Актуальность: Холедохолитиаз - грозное и наиболее часто встречающееся осложнение желчнокаменной болезни. Встречается примерно у 30-35% больных. Есть 2 основных пути попадания конкрементов в общий желчный проток: - В подавляющем количестве случаев конкременты мигрируют через короткий и широкий пузырный проток. - Имеет так же место первичное образование конкрементов в холедохе. Но в случае холедохолитиаза, его чаще впервые выявляют при обращении за медицинской помощью с клинической картиной механической желтухи или же в послеоперационном периоде после проведенной холецистэктомии. В более редких случаях обнаруживается случайно при дообследовании. В прошлом веке при поступлении подобного пациента в стационар возникали значительные трудности, как при проведении дифференциальной диагностики, так и при определении дальнейшей тактики исходя из вышесказанного. Связано это было в первую очередь с несовершенством имеющейся на тот момент техники. Пациентам с механической желтухой и находящимся в тяжелом состоянии для восстановления проходимости желчных путей приходилось выполнять травматичные операции, которые сопровождались высокой летальностью, повреждением сфинктерного аппарата внепеченочных желчных путей (при зондировании, сфинктеропапилотомии), а так же в отдаленном послеоперационном периоде приводили к стриктурам и не могли дать гарантию удаления всех конкрементов, что в дальнейшем обракали пациента на повторные операции. Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ историй болезни 422 пациентов с механической желтухой. Всем пациентам выполнялись эндоскопические пособия по экстренным показаниям. За период исследования с 2013 по 2017гг было выполнено 422 эндоскопической ретроградной холангиопанкреатографии (ЭРХПГ), из них 112 неканюляционных папиллосфинктеротомий (НПТ) по поводу вклиненных камней, что составило 26,5% от общего числа; 310 эндоскопических

вмешательств (73,45 %) закончились экстракцией конкрементов. 92 ЭРХПГ сопровождались стентированием желчных протоков, что составляет 21 % от общего количества выполненных ЭРХПГ и 29.6 %, если не принимать во внимание НПСТ по поводу вклиненных камней. Результаты: Проанализированы результаты применения эндоскопических методов диагностики и лечения холедохолитиаза на базе МСЧ "НЕФТЯНИК" г.Тюмени за период с 2013 по 2017 гг. Обсуждения: Одним из критериев, указывающих на неоптимальные сроки или объем эндобилиарных вмешательств, может быть частота дополнительных, корректирующих, повторных вмешательств. Интегральным показателем реализации оптимального лечебно-диагностического алгоритма при сопоставимости сравниваемых групп являются средние сроки пребывания пациентов в стационаре. Выводы: 1.С каждым годом количество обращений в стационары пациентов с осложненными формами желчекаменной болезни неуклонно растет. 2.Проанализированные истории болезни демонстрируют нам, что ЭРХПГ является оптимальным малотравматичным лечебно-диагностическим методом оказания помощи пациентам с холедохолитиазом независимо от возраста и состояния пациента. Требуемого при этом минимальную по объёму и времени подготовку. 3.При невозможности извлечения конкрементов по тем или иным причинам, возможно выполнить эндоскопическое стентирование холедоха которое дает нам время подготовить пациента к следующему этапу лечения. Рекомендации: 1. В стационарах, оказывающих неотложную хирургическую помощь, рекомендуется круглосуточное обеспечение эндобилиарных вмешательств. 2. При выборе объема лечебно-диагностических мероприятий рекомендуется учитывать, что своевременное и правильное выполнение эндобилиарных вмешательств имеет более высокую эффективность, чем применение препаратов группы сандостатина. 3. При выявлении признаков вероятного блока БДС рекомендуется максимально быстрое выполнение диагностической и лечебной фибродуоденоскопии. Максимальный срок от поступления пациента до начала процедуры не должен превышать двух часов. При должном исполнении диагностического алгоритма возможно сокращение срока до 50 - 60 минут.

16. Механическая желтуха опухолевой этиологии – стратегия и тактика

Попов И.Б., Зайцев Е.Ю.,
Дмитриев А.В., Яхьяев Э.З.

Тюмень

АО "МСЧ Нефтяник"

Актуальность: ? Доля МЖ вызванная новообразованиями - 40% (NCCN® 2015). ? Трудность лечения обусловлена тяжестью исходного состояния. ? Оперативные вмешательства у большинства больных не могут быть выполнены радикально и сопровождаются развитием осложнений в 47-68% случаев (О.И. Охотников [и др.] //Анналы хирургической гепатологии. – 2015; Y. Ito [et all.] Gastrointestinal Endoscopy. – 2012. Ayoubi, S. [et all.] // WJ of GE. – 2012). ? Летальность достигает при опухолевой желтухе - 40% (Y. Ito [et all.] GE. – 2012). Материалы: Злокачественные новообразования, вызывающие обструкцию желчных путей у пациентов АО «МСЧ Нефтяник», которым была проведена ЧЧХС в течение 2016-2018гг. Локализация опухоли: Головка ПЖ: 33,3%; Опухоль Клацкина 26,2%; БДС 9,5%; Желчный пузырь 4,8%; Внепеченочные желчные протоки 4,8%; Другие (mts) 21,4% Результаты: ЭРХПГ+Стент холедоха – 70 / госпитальная летальность - 6 (8,6±1,2%) ЧЧХС – 66 / госпитальная летальность 10 (15,2±0,8%) ЭРХПГ+Стент + ЧЧХС – 13 / госпитальная летальность 3 (23,1±1,9%) Открытые дренирующие операции - 13 /госпитальная летальность - 2 (15,4±4,1%) Радикальные операции выполненные вторым этапом - 33 / госпитальная летальность - 3 (9,1±2,1%) Консервативное симптоматическое лечение - 12 / госпитальная летальность - 10 (83,3±3,4%) Обсуждения: В настоящее время число пациентов с механической желтухой опухолевой этиологии увеличивается из года в год. Проблема дренирования разрешима далеко не в каждом стационаре общей хирургической сети. К моменту попадания пациента в специализированное лечебное учреждение проходит достаточно много времени, что негативно влияет на результат лечения. Вопрос оснащения и подготовки кадров остается основной проблемой. Как альтернатива – возможность логистического решения проблемы, которая должна решаться на уровне департаментов. Выводы: 1. Стентирование, как ретроградное, так и антеградное, как внутреннее, так и наружное – является временным, но вынужденным и порой единственно возможным

методом декомпрессии печени. 2. Необходимо широкое внедрение малоинвазивных методов декомпрессии желчных протоков. 3. «Стентированный больной» нуждается в активном наблюдении и своевременной коррекции. 4. Вопрос реестра «стентированных» пациентов актуален и требует организационных мер. Рекомендации: 1. Каждый хирургический стационар оказывающий экстренную помощь, должен быть оснащен соответствующим оборудованием, для дренирования печеночного дерева. 2. Необходим контроль состояния стента не реже 1 раза в 2 месяца.

17. Повреждения и доброкачественные заболевания протоков поджелудочной железы. Современные методы миниинвазивного лечения

Королев М.П., Аванесян Р.Г., Федотов Л.Е.,
Турынич М.М., Плетнев М.Ю.

Санкт-Петербург

СПбГПМУ

Лечение больных доброкачественными заболеваниями и повреждениями протоков поджелудочной железы является сложной задачей. Традиционные операции отличаются высоким процентом послеоперационных осложнений. В клинике с 2008 г разрабатываются и применяются комбинированные миниинвазивные операции с использованием ультразвуковой, рентгенологической и эндоскопической техники при лечении больных стриктурами, повреждениями протоков поджелудочной железы и панкреатиколитиазом. Цель работы: улучшение результатов лечения больных доброкачественными заболеваниями и повреждениями протоков поджелудочной железы с применением комбинированных миниинвазивных операций под визуальным эндоскопическим, ультразвуковым и рентгенологическим контролем. Материал и методы. На базе кафедры Общей хирургии с курсом эндоскопии выполнены миниинвазивные операции под комбинированным визуальным контролем 197 пациентам с доброкачественной патологией и повреждением протоков поджелудочной железы. В исследуемой

группе было 106 мужчин и 91 женщина. Средний возраст больных 48 лет. Больные разделены на 3 группы: 56 больных панкреатиколитиазом, 88 больных стриктурой протоков поджелудочной железы, 53 больных повреждением протока с формированием постнекротических кист или наружных панкреатических свищей. Диагностический алгоритм включал лабораторные методы, рентгенологическое исследование, УЗИ, ФЭГДС, МСКТ и МРТ. Результаты и их обсуждение. При панкреатиколитиазе нами использованы следующие виды операций: 1) Антеградная чрескожная литоэкстракция с применением баллонного катетера; 2) Антеградная чрескожная литоэкстракция с применением бужей сопоставимых с просветом протока; 3) Комбинированная литоэкстракция с применением двойного антеградного и ретроградного доступов. Наиболее эффективным методом является метод комбинированного извлечения конкрементов в виду обеспечения двойного доступа к протоку поджелудочной железы. При стриктурах панкреатического протока нами применены следующие операции: 1) Чрескожное наружно-внутреннее каркасное дренирование или стентирование протока поджелудочной железы; 2) Чрескожное наружно-внутреннее дренирование обоих протоков поджелудочной железы; 3) Ретроградное стентирование протока поджелудочной железы. Каркасное наружно-внутреннее дренирование или стентирование длилось не менее 18 месяцев с постепенным расширением просвета протока до целевого диаметра для беспрепятственной эвакуации сока поджелудочной железы. При повреждении протока поджелудочной железы с формированием свища или полости постнекротической кисты выполняли следующие операции: 1) Ретроградное эндоскопическое транспапиллярное дренирование полости кисты через проток поджелудочной железы; 2) Антеградное чрескожное наружно-внутреннее дренирование протока поджелудочной через полость кисты; 3) Антеградное чрескожное наружно-внутреннее дренирование протока поджелудочной железы с целью декомпрессии при панкреатической гипертензии; 4) Чрескожное формирование цистгастроанастомоза; 5) Антеградное чрескожное наружно-внутреннее дренирование свищесущего протока поджелудочной железы с восстановлением проходимости протока. Летальность составила 1,52%, умерло 3 пациентов. Причина смерти: 1) тромбоз воротной вены, 2) нарастающей полиорганной недостаточности в результате

панкреонекроза, 3) аррозионное кровотечение в позднем послеоперационном периоде. Выводы. 1) миниинвазивные методы литоэкстракции из протоков поджелудочной железы в современных условиях являются приоритетными в лечении панкреатиколитиаза; 2) антеградное каркасное наружно-внутреннее дренирование и стентирование протоков поджелудочной железы позволяет восстановить проходимость и целостность протока, эффективность составляет 96,7%; 3) ретроградное стентирование стриктуры протока поджелудочной железы в долгосрочной перспективе эффективно в 27,3% случаев; 4) разработанные методы миниинвазивного внутреннего дренирования полости кисты поджелудочной железы является альтернативой формирования цистодигестивных анастомозов или резекционных операций.

18. Анализ лечения хронических гнойных ран стопы на фоне сахарного диабета

*Галимов О.В., Ханов В.О.,
Ибрагимов Т.Р., Шайхрахманова А.Ф.,
Окрян В.П., Глебов Г.С.*

Уфа

ФГБОУ ВО «Башкирский государственный
медицинский университета» Минздрава России

Хроническое гнойное поражение стоп при сахарном диабете (СД), в настоящее время, рассматривается как позднее и наиболее тяжелое из всех осложнений сахарного диабета, приводящее к инвалидизации пациента, снижению качества жизни больных. Это происходит на фоне увеличения заболеваемости и распространенности СД. Развитие полинейропатии, микро и макро ангиопатии приводит к системному поражению органов, однако наиболее драматичные осложнения на этом фоне возникают со стороны нижних конечностей при присоединении и прогрессировании хирургической инфекции. В клинике БГМУ за последние три года проанализированы результаты лечения 223 больных с хроническими гнойными ранами нижних конечностей ассоциированных с синдромом

диабетической стопы. В основном пациенты поступали в хирургическое отделение в плановом порядке 153 (68,6%) человек, в экстренном 70 (31,4%) в сроки от 1 до 3 месяцев (в среднем $38,9 \pm 13,6$ дней). На момент госпитализации лишь у 19 (8,5%) пациентов уровень гликемии был компенсирован. При этом, длительность заболевания в 154 (69,0%) случаев была более 10 лет и преобладали пациенты 211 (94,6%) со вторым типом сахарного диабета. Чаще всего трофические язвы приходились на возраст 50-59 и 60-69 лет – 53 (23,8%) и 91 (40,8%) случаев соответственно, что обусловлено увеличением лиц пожилого возраста в общем числе больных сахарным диабетом, особенно 2 –го типа, и увеличением средней продолжительности жизни. Нейроишемической формой страдало 124 (55,6%) пациента, а впервые СД был диагностирован у 15 (6,7%) пациентов, поступивших с наличием хронических гнойных ран на стопе. В первые сутки госпитализации 41 (18,4%) пациенту, поступившему в экстренном порядке, выполнены первичные ампутации нижних конечностей на различном уровне. После первичной некрэктомии местное лечение хронических ран считали существенным компонентом в достижении успеха. При наличии большого количества некротических масс первые сутки использовали повязки с протеолитическими ферментами и наложением сорбирующих повязок. Достижение второй фазы раневого процесса позволяла перейти комбинированные повязки с регенераторным эффектом. При этом на данных этапах и в последующем разгрузку пораженной конечности считали необходимым моментом для достижения заживления раневого дефекта. Для этого у 42 (18,8%) применялись силиконовые ортопедические стельки, а у 53 (23,8 %) больных ортопедическая обувь. При нейроишемических формах поражений стоп оценивалась степень выраженности нарушения магистрального кровотока и оценивалась возможность реваскуляризации нижней конечности на основании проведенной ангиографии. Чрескожная транслюминальная баллонная ангиопластика выполнена 105 (84,7%) пациентам из них 29 (27,6%) завершена стентированием одной или нескольких артерий нижней конечности. Реконструктивные операции на различных сегментах выполнены 7 (5,6%) пациентам. У всех прооперированных пациентов удалось купировать критическую ишемию с сохранением опорной функции нижней конечности. Шунтирующие операции выполнены 13 (10,5%) пациентам, у которых удалось купировать критическую ишемию. Положительные результаты

в виде полной эпителизации трофических язв достигнуты у 153 (68,6%) пациентов от всех поступивших в стационар. За изучаемый период во время прохождения лечения в стационаре умерло 4 (1,8%) пациента, среди которых преобладали женщины (3 пациентки). Всем четверым были выполнены высокие ампутации нижней конечности, у троих умерших имелась нейроишемическая форма СД. В период до 6 месяцев была отмечена высокая частота рецидивов язвенных дефектов в группе, не использующих ортопедическую обувь. Таким образом, вопросы лечения хронических гнойных ран при СД не теряют своей актуальности на современном уровне. Внедрение в хирургическую практику новых способов медикаментозной коррекции, комбинированных перевязочных покрытий, миниинвазивных ангиохирургических технологий и пластических материалов позволяют предлагать новые подходы к стратегии ведения пациентов с СДС. Разработка комплексного подхода с использованием всего имеющегося потенциала должна быть направлена на сохранение стопы и опорной функции нижней конечности, а его применение в клинике позволяет снизить процент ампутаций и летальности, улучшая качественные показатели жизни пациентов.

19. Нестандартная хирургическая тактика в лечении сочетанных осложнений язвенной болезни 12-ти перстной кишки

Vorontsov O., Riechmann M., Tolochyk V., Dykta M., Graeb C.

Hof, Deutschland

Sana Klinikum Hof

Хронические язвы двенадцатиперстной кишки встречаются в повседневной врачебной практике гораздо чаще, чем острые. Среди пациентов с хроническими язвами почти в четыре раза больше молодых мужчин в возрасте от 30 до 50 лет. Лечение неосложненных язв сугубо консервативное, но при возникновении осложнений, таких как кровотечение, перфорация, пенетрация, стеноз или малигнизация требуется, нередко, хирургическая помощь. В случаях же

драматического сочетания осложнений язвенной болезни, порой необходимо экстренное, нестандартное и зачастую междисциплинарное решение, позволяющее спасти жизнь пациента. В нашей клинике в 2018-2019 по поводу сочетанных осложнений язвенной болезни двенадцатиперстной кишки выполнено в экстренном порядке в ночное время 2 пакреатодуоденальные резекции у больных с нестабильной гемодинамикой вследствие массивного кровотечения из язвы. В первом случае речь шла о 67 летней пациентке, поступившей в приемное отделение с выраженной гипотонией и рвотой кровью. Эндоскопически выявлена гигантская язва постбульбарного отдела двенадцатиперстной кишки, распространяющаяся до большого дуоденального сосочка и глубокой пенетрацией в поджелудочную железу. Интраоперационно выявлено дополнительное обширное распространение язвенного процесса в направлении печеночнодуоденальной связки. Во втором случае мы столкнулись с массивным кровотечением в огромный дивертикул двенадцатиперстной кишки с распространением на весь нисходящий отдел дуоденума и с постпилорическим стенозом у 69 летней пациентки, что существенно ограничивало эндоскопические возможности гемостаза. Еще один клинический случай, который мы хотим представить, описывает 62 летнего пациента с выраженным циррозом печени, длительным язвенным анамнезом и распространенным атеросклерозом аорты и ее ветвей. Он поступил в клинику с большой перфоративной язвой двенадцатиперстной кишки со стенозом привратника. Были произведены иссечение язвы и пилоропластика по Финнею. На третий день, после установления диагноза недостаточности швов пилоропластики, была выполнена стандартная резекция желудка по Ру и с протективной целью был установлен Т дренаж в холедох и наложена терминальная илеостома. На 4 сутки установлено желчеистечение и при релапаротомии выполнена установка более широкого Т дренажа и ушивание двух точечных некрозов холедоха. Продолжающийся некроз холедоха вынудил нас, после множественный релапаротомий, произвести постановку чрескожного транспеченочного дренажа холедоха. В конце концов нашими интервенционными радиологами в клинике была выполнена уникальная, путем слепой пункции дуоденума, транспеченочная установка специального стента, который соединил проксимальную часть холедоха и культи двенадцатиперстной кишки. Желчеистечение прекратилось и пациент через 4 недели

был выписан в реабилитационную клинику. Через 3 месяца, после контроля положения, проходимости стента и лабораторных показателей можно констатировать полную функциональную состоятельность нового общего желчного протока. Заключение: В редких и нестандартных ситуациях, которыми по праву считаются сочетания тяжелейших осложнений язвенной болезни двенадцатиперстной кишки, необходимо быстрое, тщательное, взвешенное хирургическое решение, которое должно приниматься исключительно в высокоспециализированном стационаре, часто, с привлечением специалистов смежных специальностей.

20. Проблема эндометриоза в хирургической практике

*Галимов О.В., Алимов В.А., Ханов В.О.,
Сафин И.Н., Костина Ю.В.*

Уфа

Кафедра хирургических болезней
и новых технологий
ФГБОУ ВО «Башкирский государственный
медицинский университет» МЗ РФ

В практической деятельности хирурга могут возникнуть затруднения в диагностике экстрагенитального эндометриоза, локализуемого на передней брюшной стенке. Его можно принять за другие патологические состояния, такие как шовные гранулемы, послеоперационная грыжа, первичный или метастатический рак. В клинике БГМУ прооперировано 8 пациенток с диагнозом эндометриоз послеоперационного рубца. Возраст пациенток составил от 25 до 30 лет. Все женщины в анамнезе имели кесарево сечение в нижнем маточном сегменте, произведенное с использованием лапаротомных доступов по Пфанненштилю. Временной промежуток от перенесенной операции Кесарева сечения до хирургического лечения по поводу эндометриоза послеоперационного рубца составил от 2 до 10 лет (в большинстве случаев – от 2 до 5,5 лет). На момент поступления в стационар основные жалобы были следующими: постоянные ноющие боли в нижних

отделах живота и в области послеоперационного рубца, усиливающиеся во время менструации; наличие уплотнения в подкожной жировой клетчатке в области послеоперационного рубца, болезненность которого во время менструации усиливалась; ощущение инородного тела в области послеоперационного рубца, дискомфорт от которого усиливался во время менструации. Вышеперечисленные жалобы имелись у всех пациенток. Бессимптомного течения заболевания не отмечалось. При объективном осмотре у всех женщин в подкожной жировой клетчатке и подлежащих тканях пальпировались инфильтраты плотной неоднородной структуры, тугоподвижные, умеренно болезненные при пальпации, размерами от 3-5 см до 4-7 см. Размеры этих образований увеличивались, а их болезненность при пальпации усиливалась во время менструаций. Анализ результатов общеклинических лабораторных исследований не выявил отклонений от среднестатистических нормативных данных. При обследовании данного контингента больных на основании сбора анамнеза и жалоб типичной находкой является выявление болезненного уплотнения, так называемого инфильтрата в области рубца после кесарева сечения или гинекологической операции, который накануне и во время менструации может увеличиваться, уплотняться, становиться резко болезненным и кровоточить. У женщин репродуктивного возраста с болезненными уплотнениями возле рубца после лапаротомии с циклическими или непрерывными болями внизу живота тщательное ультразвуковое исследование передней брюшной стенки, органов брюшной полости и малого таза является обязательным и существенно облегчает постановку диагноза эндометриоза передней брюшной стенки, однако не всегда точно определяет распространенность процесса и глубину поражения. Окончательная постановка диагноза возможна лишь при непосредственной визуализации очагов, их удалении и гистологическом подтверждении. Хирургическое удаление эндометриоидных инфильтратов послеоперационного рубца является единственным этиопатогенетически обоснованным методом лечения, который в 100% позволяет избежать рецидива заболевания и улучшает качество жизни пациенток. Во всех наших наблюдениях достигнуто полное выздоровление пациенток, не отмечено каких-либо осложнений в ближайшем послеоперационном периоде и в отдаленные сроки наблюдения. Данная патология междисциплинарна, она требует комплексного подхода к диагностике и лечению. Наиболее

рациональным методом лечения данного заболевания является оперативное вмешательство с последующей гормональной терапией. Прогноз для пациенток с экстрагенитальным эндометриозом в отношении жизни и трудоспособности является благоприятным. Прогноз в отношении выздоровления зависит от соблюдения режима гормональной терапии согласно рекомендациям акушера-гинеколога и регулярности наблюдения соответствующим специалистом для оценки эффективности терапии и профилактики рецидивов заболевания.

21. Возможности прогнозирования осложнений при лечении механической желтухи онкологической природы

*Васин А.Б. (1), Рыбачков В.В. (2),
Сгонник А.В. (1)*

Ярославль

ГБУЗ ЯО «Областная клиническая онкологическая больница» (1), ЯГМУ (2)

Актуальность: Механическая желтуха (МЖ) является вторым по значимости признаком злокачественного новообразования гепатобилиопанкреатодуоденальной зоны (ГБПДЗ), после боли. В целом возникновение желтухи наблюдается у 70-80% больных раком билиарного тракта. Это грозное состояние, которое влияет на работу всего организма. Поэтому механическая желтуха должна быть устранена путем осуществления желчеотведения одним из известных способов: хирургическим, пункционным, эндоскопическим. Выбор наиболее рационального способа ведения пациентов зависит от многих факторов и должен проводиться с оглядкой на возможное развитие осложнений. Материалы и методы: В работе использовались данные из историй болезни пациентов, находившихся на лечении в ГБУЗ ЯО «Областная клиническая онкологическая больница» абдоминального отделения №1, в период с 2014 по 2018 гг., с диагнозом первичные и вторичные злокачественные новообразования ГБПЗ, осложненные МЖ. Из историй болезни были взяты данные:

гематологических исследований, на момент поступления в стационар, анамнеза жизни (вредные привычки, перенесенные операции и др.), течения настоящего заболевания. Анализ данных был проведен с помощью программы Statistica 8.0. Результаты и их обсуждение: При анализе данных, были получены следующие результаты: всего лечение за данный период получили 219 пациентов. У всех был установлен диагноз злокачественного новообразования осложненного МЖ. Всем пациентам было проведено лечение по декомпрессии билиарного тракта: наружное чрескожное чреспеченочное дренирование левого и правого печеночного протоков, сегментарных протоков или того и другого было проведено 92 (42%) пациентам; эндоскопическое стентирование 124 (56.6%) пациентам; хирургическое - лапаротомия дренирование холедоха 3 (1.4%) пациентам. По исходу лечения пациенты были разделены на 2 группы: 1-я: без осложнений (168 человек); 2-я: развитие осложнений ((острый панкреатит, кровотечение, смерть пациента) 51 человек, из них смерть пациента в 19 случаях (37%)). Пациенты были разделены по половому признаку: мужской – 97 (44%) и женский – 122 (56%). Пациенты были различных возрастных групп: от 31 года до 92 лет. У всех пациентов клинически наблюдалась механическая желтуха. Показатель уровня билирубина в среднем при поступлении составлял 245 мкмоль/л. Длительность желтухи различалась в группах в зависимости от исхода и составила: для первой – от 1 до 9 недель, в среднем 6 недель (42 дня), для второй – от 1 до 13 недель, в среднем 4,3 недели (30 дней). При анализе данных были выявлены факторы, при совокупности которых могут возникать осложнения в послеоперационном периоде: 1) АСТ при значении 230 Ед/л и выше; 2) АЛТ при значении 250 Ед/л и выше; 3) Амилаза при значении 60 Ед/л и выше; 4) Билирубин при значении 300 мкмоль/л и выше; 5) ЩФ при значении 270 Ед/л и выше; 6) Альбумин при значении 28 г/л и ниже; 7) ГГТ при значении 72 ед/л и выше; 8) Лейкоциты при значении $10 \cdot 10^9/\text{л}$ и выше; 9) Гемоглобин при значении 100 г/л и ниже; 10) Гематокрит при значении 30 % и ниже; 11) Тромбоциты при значении $210 \cdot 10^9/\text{л}$ и ниже; 12) Факт переливания крови – у пациентов которые поступили на лечение с анемией, и которым было проведено переливание эритроцитарной массы, риск развития осложнения значительно выше, чем у пациентов без гемотрансфузии; 13) Наличие хронических заболеваний печени повышает риск. Вместе все эти факторы имеют значимую корреляционную связь ($P < 0,05$) с развитием

осложнений при проведении первым этапом эндоскопического стентирования. Выводы: Таким образом, можно сделать выводы о том, что при совокупности данных факторов, во избежание появления нежелательных явлений, первым этапом пациенту целесообразно проведение пункционного дренирования билиарного тракта, взамен эндоскопического стентирования. При нормализации показателей выполнение стентирования вторым этапом.

22. Роль задней сепарационной пластики в оперативной активности у больных большими и гигантскими вентральными грыжами

Цап С.В.(1), Мансуров Ю.В.(2),
Прудков М.И.(3)

Екатеринбург

Европейский медицинский центр
«УГМК-Здоровье» (1),
ГБУЗ СО «Свердловская областная
клиническая больница №1» (2),
ФГБОУ ВО «Уральский государственный
медицинский университет
Минздрава России» (3)

Актуальность. Хирургическое лечение пациентов с большими и гигантскими вентральными грыжами представляет значительные трудности. Возникновение обширного дефекта передней брюшной стенки влечет за собой тяжелые расстройства внутренних органов и систем из-за отсутствия функции брюшного пресса. Характерное сочетание с тяжелой сопутствующей патологией, служит поводом для отказа в оперативном лечении у этой категории больных из-за высоких рисков осложнений и летальных исходов. В подавляющем большинстве случаев в общей хирургической сети, проводится пластика in-lay, которая сопровождается высокой частотой рецидивов, являясь при этом, протезирующей пластикой, не устраняющей всех функциональных нарушений. При этом передние виды сепарационных пластик, такие как методика Ramirez, большого распространения не получили из-за недостаточной

эффективности и большого количества раневых осложнений. С появлением методики задней сепарационной пластики (TAR - transverse abdominis release) (Novitsky Y.W., 2012) возможности реконструкции передней брюшной стенки существенно расширились. Материалы и методы. За 8-летний период (2011–2018 гг.) было выполнено 207 грыжесечений при больших и гигантских вентральных грыжах (W3 и W4 по классификации Chevrel-Rath). Задняя сепарационная пластика была выполнена 179 (%) пациенту. Гендерное разделение: мужчин - 63 (30,4%), женщин - 144 (69,6%). Возрастная характеристика больных: от 25 до 78 лет. Средний возраст составил 58,07 ± 0,99 лет (Me – 60 лет). Пациенты старше 60 лет составляли 49,4%. Диагностика больших и гигантских вентральных грыж основана на изучении локального статуса и определении объективных характеристик дефекта ПБС. Всем пациентам в предоперационном периоде проводили общепринятые клинические исследования, включая оценку функции внешнего дыхания, УЗИ органов брюшной полости и вен нижних конечностей, фиброгастроудоденоскопию. Пациентам с гигантскими грыжами дополнительно выполняли компьютерную томографию брюшной полости. Ее целью была объективизация оценки сохранности слоёв передней брюшной стенки, размеров дефекта брюшной стенки и объёма брюшной полости. Группа W3-55 (26,6%) пациента, группа W4– 152 (73,4%) пациента. 178 больных (86,18%) имели коморбидную сопутствующую патологию, требующую дополнительной медикаментозной коррекции, и повышающую риск интра- и послеоперационных осложнений. Результаты и обсуждение. Лечебная тактика зависит от размера и локализации дефекта в ПБС, объёма грыжевого выпячивания, наличия адгезивного процесса между органами брюшной полости и состояния кожи ПБС. С внедрением в клинику сепарационных методик грыжесечений в оказании хирургической помощи при этом виде патологии, динамика оперативной активности по поводу больших и гигантских ВГ указывает на увеличение количества выполняемых операций с 2013 года от 13 до 42 пациентов в год, в среднем 37±7 ежегодно. Задняя сепарационная пластика, позволяющая выполнить реконструкцию ПБС с расположением имплантата sub-lay (179 пациентов), полностью заменила протезирующую пластику с расположением имплантата in-lay (28 пациентов, данную методику не применяем с 2014 года). Послеоперационные осложнения выявлены у 23(11%) пациентов. Нагноения послеоперационной раны 7 (3,4%), кровотечения 4(2%), некроз кожи

5(2,4%), ТЭЛА 2 (1%), гипертонический криз с отеком легких 5(2,4%). Послеоперационная летальность составила 0,5% , умер 1 пациент в следствии ТЭЛА. Выводы. Задняя сепарационная пластика по Novitsky Y.W. эффективна у пациентов с большими и гигантскими вентральными грыжами и имеет неоспоримые преимущества перед протезирующей пластикой in-lay и передними сепарационными пластиками. Выполнение операций у данной категории пациентов должно выполняться в стационарах 3 уровня с соответствующей подготовкой хирургов и реаниматологов.

23. Опыт этапного оказания помощи больным острым панкреатитом

*Гафуров Б.Б., Галимзянов Ф.В.,
Прудков М.И.*

Екатеринбург

ГБУЗ СО СОКБ №1

Цель работы – показать организацию этапного лечения пациентов с острой хирургической патологией поджелудочной железы в условиях многопрофильного стационара. Материалы и методы. В соответствии с маршрутизацией больных с острой хирургической патологией поджелудочной железы в Свердловской области с 2012 года установлен регламент оказания медицинской помощи (приказ Минздрава Свердловской области от 29.1.2 2012 No 1566-п). За последние 5 лет 422 больных острым панкреатитом тяжелой и средней степени тяжести по этой программе были переведены из стационаров Свердловской области в специализированное отделение гнойно-септической хирургии (работающее в круглосуточном режиме) ГБУЗ СО "СОКБ No1", располагающее необходимыми диагностическими (комплексная лаборатория, УЗИ, КТ, МРТ) и лечебными (РАО) возможностями. За предыдущие 5 лет были перегоспитализированы — 368 человек. Статистическая обработка результатов исследования проводилась с помощью программы STATISTICA 10. Результаты: За последние 5 лет у 62 пациентов, переведенных из ММЦ и ЦРБ по поводу инфицированного панкреонекроза, были выявлены

перипанкреатические инфильтраты без жидкостных скоплений. У 29 пациентов была предпринята попытка дренирования путем хирургического разделения инфильтрата. В дальнейшем, у 18 человек течение инфильтратов осложнилось гнойно-некротическим парапанкреатитом, приведшим к смерти. Остальные 33 пациента лечились только консервативно. Из них 7 умерли. По поводу панкреатогенных абсцессов (отграниченной септической секвестрации) были переведены 76 человек. В этой группе летальных исходов не было. Неотграниченные варианты панкреатогенной септической секвестрации забрюшинной клетчатки, как правило, осложненные ПОН, различной степени распространенности, были выявлены на КТ у 284 больных. Большинство из них были оперированы в условиях специализированного отделения. Умерли - 33 человека. Летальность в группе больных за 5 лет до внедрения маршрутизации по приказу Минздрава составила 14,7 % (из 368 умерли 54 человека). За последние 5 лет — 13,7% (из 422 умерли 58 человек). Летальность и течение заболевания в послеоперационном периоде различались в зависимости от последовательности дренирования. Так, причина летального исхода при одномоментном дренировании, в подавляющем большинстве, инфекционно-токсический шок, а при этапном дренировании — необратимая динамика патологического состояния. Заключение. Маршрутизация больных острым панкреатитом предполагает этапность их ведения. Больным острым панкреатитом тяжелой степени в фазу неотграниченной септической секвестрации предпочтение должно отдаваться поэтапному дренированию.

24.Эрбиевый лазер в лечения трофических язв и длительно незаживающих ран

*Сандалов Е.Ж. (1), Хомченко В.В. (2),
Пикиреня И.И. (3)*

Екатеринбург (1), Минск (2,3)

ООО «Сеть клиник «Линлайн» (1),
ООО «ЛИНЛАЙН Медицинские Системы» (2),
ГУО «Белорусская медицинская академия
последипломного образования» (3)

Ведение. Язвы голени представляют истинный крест хирургов по своему громадному упорству и трудности лечения. (С.И. Спасокукоцкий). Число методов лечения трофических язв (ТЯ) и длительно незаживающих (ДН) ран тысячи. Это подтверждает недостаточную эффективность имеющихся методов и необходимость поиска новых. Лечение пациентов с ТЯ и ДН ранами сложное, длительное и высокочувствительное. Цель. Оценить возможности излучения эрбиевого лазера в лечении трофических язв и длительно незаживающих ран. Материалы и методы. В Екатеринбурге в клинике «Линлайн» впервые в России применен разработанный в Беларуси метод лазерного дебримента раневой поверхности и стимуляции репарации, основанный на воздействии излучения Er:YAG лазера (Евразийский патент № 021139 «Способ обновления биологических тканей и устройство для осуществления способа»). Первый этап: воздействие на поверхность ТЯ излучением эрбиевого лазера в импульсном режиме с целью санации гнойно-некротического очага и удаления нежизнеспособных тканей методом абляции (вапоризации), стерилизации раневых поверхностей без перегрева подлежащих слоев. Второй этап: для восстановления трофики и стимуляции роста новых тканей используется пространственно модулированное излучение YAG:Er лазера, которое создает упорядоченные области микроабляции в толще ткани. Генерирующиеся взрывные акустические волны образуют области механического микро-травмирования, которые находятся в окружении нетравмированных тканей и не оказывают на их функционирование никакого воздействия. Благодаря такого рода воздействию происходит улучшение трофики и рост новых клеток, т.е. запускается механизм репаративной регенерации по типу реституции. Клинические исследования проведены в ГУ «Минский научно-практический центр хирургии, трансплантологии и гематологии» в 2013 - 2018 гг. на 118 пациентах с ранами различной локализации и этиологии. Процедуры выполняли ежедневно в виде монометода. Осложнений и побочных эффектов не отмечалось. Результаты и обсуждение. В клинике «Линлайн» (Екатеринбург) с января 2018 г. проходило и проходит лечение 73 пациента в возрасте от 20 до 84 лет. Сроки существования ТЯ и ДН ран - от 1 месяца до 15 лет. Размеры раневых дефектов варьировали от 0,7х0,7 см до 7,3х4,0 см, глубина их была от 0,1 см до 1,5 см. Всем пациентам до и после лечения даны рекомендации по коррекции образа жизни, необходимости наблюдения врачами-специалистами с проведением курсов профилактического

лечения основного заболевания. Количество процедур от 1 до 27 с промежутками между процедурами от 1 до 14 дней. У 60 (84,5%) пациентов имелась положительная динамика: у 22 - ТЯ и ДН раны зажили в сроки от 14 до 180 дней, еще у 30 - уменьшение в размерах на 66-75% в течение месяца, у 4 - значительно уменьшились трофические расстройства, подготовка ран к закрытию - у 4. После заживления венозных ТЯ пациентам рекомендовано оперативное вмешательство на венах. Выводы. Наш первый годовой опыт применения излучения эрбиевого лазера для лечения трофических язв и длительно незаживающих ран белорусским методом показал его высокую эффективность, а полученные результаты сопоставимы с данными разработчиков метода (БелМАПО, ГУ «Минский научно-практический центр хирургии, трансплантологии и гематологии») и данными, полученными и опубликованными испанскими коллегами Hospital Viamed Monegal в Терагоне (Hernandez E. et al., 2015). Считаем целесообразным более широкое применение представленного метода для лечения трофических язв и длительно незаживающих ран как в виде монометода, так и в комплексе с другими методами.

**25. Первый опыт применения TaTME
(transanale mesorectal excision)
в хирургической клинике Sana Klinikum Hof**

*Vorontsov O., Tolochyk V., Spachtholz D.,
R?dig A., Grab C.*

Hof, Deutschland

Sana Klinikum Hof GmbH

Трансанальная мезоректальная резекция- это совершенно новый подход в исполнении минимально инвазивных резекций толстой (в первую очередь прямой) кишки. Применение методики особенно оправдано у пациентов с локально-прогрессирующим опухолевым процессом средней и дистальной трети прямой кишки и (или) с ожирением, у которых резекции прямой кишки, исключительно абдоминальным доступом, зачастую являются трудновыполнимой задачей.

TaTME-это сочетание TaMis (transanal minimal invasive surgery), что позволяет сохранить анальный сфинктер и TEM (total mesorectal excision). Трансанальная мезоректальная резекция означает, в данном случае, «bottom-up» - En-bloc резекцию прямой кишки в проксимальном направлении. В нашей клинике в 2019 году вышеуказанное вмешательство было выполнено у 9 пациентов. У всех них был установлен диагноз аденокарциномы средней и нижней трети прямой кишки в стадии локального распространения T2-T4. В предоперационном периоде выполнялась, в зависимости от показаний, кратковременное облучение или неоадьювантная радиохимиотерапия. Средний возраст пациентов составил 63 года. Из них были 6 женщин и 3 мужчин. Средний индекс массы тела составил 22 kg/m². Продолжительность операции варьировала от 150 до 245 минут. Всем пациентам накладывалась илеостома с целью протекции супраанального анастомоза. У 7 пациентов резекция была проведена в пределах здоровых тканей с полностью интактной мезоректальной клетчаткой. У 2 пациенток, с опухолевой инфильтрацией задней стенки влагища была проведена сочетанная резекция En-block и ушивание дефекта влагища. У одной из этих пациенток в течении последующих 7 месяцев, были диагностированы отдаленные печёночные метастазы, удаленные хирургическим путём. Локального рецидива не выявлено. Все пациенты были выписаны в среднем на 10 сутки после операции. Контрольные послеоперационные ректоскопии не выявили недостаточности анастомозов. Заключение: Малоинвазивная методика TaTME доказала свою эффективность при онкологических резекциях опухолей средней и нижней трети прямой кишки. Данный метод, с нашей точки зрения, показан у пациентов с ожирением и большими опухолями с инвазией в соседние органы малого таза. TaTME позволяет, в большинстве случаев, избежать экстирпация прямой кишки и в тоже время выполнить полноценную онкологическую операцию En-block с четким визуальным контролем дистального края резекции

26. Лучевая навигация в диагностике опухоли билиопанкреатодуоденальной зоны

Меджидов Р.Т.(1), Муртузалиева А.С.(2),
Хабибулаева З.Р. (1)

Махачкала

ФГБОУ ВО «Дагестанский государственный
медицинский университет» МЗ РФ (1),
ГБУ РД «Республиканская клиническая
больница №2» (2)

Диагностика опухолей билиопанкреатодуоденальной зоны всегда оставалась и остается и в настоящее время актуальной проблемой. Особенно актуальным является определение уровня окклюзии билиарного тракта (БТ) и тем самым определение лечебной тактики. Цель исследования. Определить значимость методов лучевой навигации в диагностике опухолей билиопанкреатодуоденальной зоны и в определении уровня окклюзии БТ. Материал и методы. Проведен анализ результатов обследования 1025 пациентов с опухолевыми процессом билиопанкреатодуоденальной зоны с использованием методов лучевой навигации. Всем пациентам при поступлении в клинику проводили ультразвуковое исследование (УЗИ) билиопанкреатодуоденальной области. По показаниям проводили магнитно-резонансную холангиопанкреатографию (МР-ХПГ), мультиспиральную компьютерную томографию (МСКТ) с контрастированием БТ и сосудистой системы. МР-ХПГ выполнена 796 пациентам, МСКТ с контрастированием – 223. Результаты и их обсуждение. Обструкция БТ на уровне ворот печени по данным УЗИ выявлена у 141 (13,7%) пациента, в средней части внепеченочного желчного протока – у 286 (27,9%) и терминального отдела – у 596 (58,4%) больных. При этом холецистолитиаз отмечен у 225 (21,9%) пациентов. МР-ХПГ позволила уточнить обструкцию БТ в проксимальных отделах в 132 (16,6%) случаях. Окклюзия проксимальных отделов БТ доброкачественного генеза отмечена в 24 (18,2%) наблюдениях, а опухолевого – в 108 (81,8%) случаях. По Bismuth-Corlette 1-й тип опухоли выявлен в 18 (16,6%) случаях, 2-й тип – в 20 (18,5%), 3-й тип – в 30 (27,7%) и 4-й тип – в 40 (37,3%) наблюдениях. Окклюзия неопухолевого генеза имела следующие типы: «+1» - 11 (45,8%), «0» - 11 (45,8%), «-1» - 3 (8,4%). При МСКТ сосудистая инвазия хиларной карциномы отмечена в 14 (13,0%)

наблюдениях. В случаях воротной опухолевой окклюзии БТ радикальные оперативные вмешательства выполнены 24 (22,3%) пациентам, а в остальных случаях проведены вмешательства паллиативного характера, направленные на наружное либо внутреннее отведение желчи. При доброкачественных высоких окклюзиях БТ выполнены билиодигестивные соустья с изолированной по Ру петель тощей кишки. Чувствительность методов лучевой навигации в определении высокой окклюзии БТ для УЗИ составила 94,9%, МРТ -98,7%, МСКТ (для определения сосудистой инвазии) – 86,0%. Из 286 пациентов с окклюзией БТ средней локализации у 2 (7,3%) она была доброкачественного характера. Радикальные оперативные вмешательства при центральной окклюзии БТ проведены в 17,5% наблюдениях. ЧЧХС с наружным дренированием БТ проведено в 106 (37,0%) наблюдениях, наружно-внутреннее дренирование БТ – в 92 (32,2%) и 39 (13,3%) пациентов выписаны на симптоматическое лечение. Терминальная обструкция билиарного тракта по данным методов лучевой навигации была установлена в 596 (58,4%) случаях. Из них обструкция БТ доброкачественного генеза имела в 95 (16,0%) наблюдениях и опухолевого – 501 (84,0%). При доброкачественной окклюзии терминального отдела БТ выполнены оперативные вмешательства, направленные на внутреннее отведение желчи (БДА). В 137 случаях опухолевой окклюзии проведены радикальные оперативные вмешательства. Паллиативные оперативные вмешательства проведены 325 пациентам, ЧЧХС -9, холецистостомия – 28. Чувствительность методов лучевой навигации для определения характера окклюзии БТ, степени распространенности опухолевого процесса, уровня обструкции БТ в случаях дистального сужения БТ составила 97,6%. Заключение. В диагностике билиарной обструкции, определении ее уровня и степени распространенности опухолевого процесса методы лучевой навигации являются высокочувствительными и точными.

27. Применение высокоинтенсивного эрбиевого лазера для лечения хронических ран в эксперименте и клинической практике

Зайцев А.Е. (1), Шорохов П.Е. (1), Сандалов Е.Ж. (2)

Москва (1), Екатеринбург (2)

Филиал ВМедА им. С.М. Кирова (1),
ООО «Сеть клиник «Линлайн» (2)

Актуальность. Лечение трофических язв сосудистого генеза, диабетической стопы, пролежней, а также посттравматических дефектов мягких тканей представляет собой длительный и весьма трудоёмкий процесс. На сегодняшний день существует широкий спектр различных методов, ускоряющих заживление хронических ран различной этиологии. Одним из таких методов является лазерное излучение. Наибольший интерес в последнее время представляют высокоинтенсивные импульсные лазеры, позволяющие воздействовать на разные этапы раневого процесса. Материалы и методы. В Екатеринбурге в клинике «Линлайн» впервые в России применен разработанный в Белоруссии метод лазерного дебридмента раневой поверхности и стимуляции репарации, основанный на воздействии излучения высокоинтенсивного эрбиевого лазера. Также апробация данного метода была произведена в отделении гнойной хирургии 3 ЦВКГ им. А.А. Вишневского. Высокоинтенсивный эрбиевый лазер с длиной волны 2,94 мкм и плотностью энергии до 15,9 Дж/см² в режиме ультракоротких низкочастотных импульсов (2-4 Гц) позволяет производить контролируемую некрэктомию и санацию раны путём выпаривания (абляции). При этом не происходит термического повреждения подлежащих тканей, что выгодно отличает данный тип лазеров от остальных. Так же в эрбиевом лазере реализована возможность пространственно-модулированной абляции, суть которой заключается в преобразовании лазерного излучения в механическую волну, распространяющуюся вглубь тканей. Работа лазера в таком режиме позволяет эффективно стимулировать заживление ран во второй и третьей фазе раневого процесса. При помощи данного метода суммарно было пролечено 86 пациентов в возрасте от 20 до 88 лет с трофическими язвами различного генеза, диабетической стопой, пролежнями и посттравматическими дефектами. Сроки существования трофических язв и длительно незаживающих ран - от 1 месяца до 15 лет. Размеры дефектов от 0,7х0,5

см до 24,0х22,0 см, глубина от 0,1 см до 2,5 см. Воздействие высокоинтенсивным лазерным излучением производилось как в составе комплексного лечения, с выполнением операций и применением специальных раневых покрытий, так и в виде монотерапии. Эффективность метода оценивалась с помощью планиметрии раневых поверхностей, посевов из ран, а также с помощью морфологического анализа. Для стандартизированной оценки эффективности эрбиевого лазера было запланировано и начато экспериментальное исследование. Разработана модель осложнённой ишемизированной контаминированной раны у крыс с использованием специального силиконового кольца. В ходе исследования (на 80 лабораторных крысах), планируется оценить эффективность применения эрбиевого лазера в двух режимах по сравнению с использованием стандартных антисептиков в группах контроля. В дизайне исследования запланировано проведение планиметрии ран, бактериологического исследования, гистологического исследования биоптатов, цитологии мазков-отпечатков из раны, электронной микроскопии биоптатов (для оценки воздействия на микробные биоплёнки). Полученные результаты и обсуждение. В результате применения эрбиевого лазера заживление ран происходило быстрее по сравнению со стандартными методами лечения. Лазерная аблятивная санация, в отдельных случаях, за один сеанс полностью очищала гнойно-некротическую рану от детрита, а также снижала обсеменённость возбудителем на несколько порядков, что было подтверждено гистологическим и микробиологическим исследованиями. Проведение процедуры у большинства больных не сопровождалось болевыми ощущениями. Практическая часть экспериментального исследования на данный момент проведена, материалы получены, находятся в работе. Выводы. Таким образом, высокоинтенсивный эрбиевый лазер может успешно применяться для лечения хронических ран различной этиологии в разных фазах раневого процесса, что обеспечивается его различными режимами воздействия на ткани. Данный метод лечения является относительно новым, его применение в хирургической практике является весьма перспективным и требует дальнейших экспериментальных и клинических исследований.

28. Киста канала Нука - «terra incognita» в общей хирургии

Мяконький Р.В., Иванченко С.В.

Волгоград

ГБУЗ Волгоградская областная
клиническая больница № 3

Актуальность. Говоря о дифференциальной диагностике паховых грыж у женщин, как правило, дифференциальный ряд включает следующие, хорошо известные хирургам заболевания: бедренная грыжа, лимфаденит (лимфаденопатия), липома, абсцесс, варикозный узел сафено-фemorального соустья, сосудистая аневризма, эндометриоз, леомиома круглой связки матки. В тоже время, относительно редко встречающаяся киста канала Нука (женское гидроцеле) для многих хирургов является по-настоящему «terra incognita». Данное обстоятельство диктует необходимость расширения знаний, главным образом, общих хирургов, в отношении диагностики и тактики лечения пациенток с кистой канала Нука. В паховых промежутках у женщин находятся круглые связки матки. Это парные связки, которые берут свое начало в районе фаллопиевых (маточных) труб, далее идут по направлению к боковой стенке малого таза и паховому промежутку, пройдя через который заканчиваются в области лобка и больших половых губ. Основу круглых связок матки составляет фиброзная ткань, с включениями гладкомышечных волокон. Заращение брюшино-пахового отростка у женщин более совершенно, чем у мужчин, но при неполной его облитерации от внутреннего пахового кольца до наружного формирует канал (карман) Нука, при этом может образовываться соответствующая киста. Киста канала Нука - ограниченное скопление серозной жидкости в участке канала, которое впервые описано голландским анатомом А. Nuck (1650-1692). В открытых отечественных и зарубежных источниках литературы не удается найти данных о частоте встречаемости кисты канала Нука, что свидетельствует о малой изученности этого редкого заболевания, а следовательно о недостаточной информированности хирургов в отношении данной патологии. Отметим, что наш собственный опыт включает эффективное оперативное лечение четырех пациенток с кистой канала Нука. Справедливости ради, отметим, что впервые встретившись в 2017 г. с указанной патологией, мы, как и многие коллеги, не имели представления об

этом заболевании, а предоперационный диагноз при первом вмешательстве был сформулирован как ущемленная паховая грыжа слева. Впервые описанные нами клинические случаи были опубликованы в журнале Волгоградский научно-медицинский журнал 3/2017 «Случаи кисты канала Нука» (Р.В. Мяконький, К.О. Каплуннов). Эта статья остается практически единственной по рассматриваемой проблеме из опубликованных в России за последние годы. Находясь в свободном доступе, указанная статья стала поводом для обращения в нашу клинику, в качестве медицинских туристов двух пациенток из Санкт-Петербурга и Тюмени. Отметим, оперативное лечение кисты канала Нука не относится к высокотехнологичным, не требует специального оборудования и может быть выполнено подавляющим большинством общих хирургов. Парадоксально, но являясь жительницами крупных городов, в связи с отсутствием возможности получения оперативного лечения, пациентки вынуждены были обращаться в волгоградскую клинику, что противоречит принципу доступности медицинской помощи для населения. Материалы и методы. В 2019 г. на VI съезде Южного федерального округа (г. Ростов-на-Дону) нами представлена классификация кисты канала Нука (Р.В. Мяконький и соавт.), которая опубликована в приложении журнала Медицинский вестник Юга России №3/2019 стр. 63. Считаем необходимым привести данную классификацию: - по локализации: односторонняя (с указанием стороны: правосторонняя, левосторонняя) или двусторонняя; - по отношению к паховому каналу: внутриканальная, внеканальная (часть кисты выходит через наружное паховое кольцо); - по размеру: малая – 2,0-4,0 см, средняя – 5,0-7,0 см, большая – более 8,0 см; - по форме: круглая, овоидная, грушевидная, грибовидная (на ножке), веретенообразная, гантелевидная; - по количеству полостей: однокамерная, многокамерная; - по наличию осложнений: кровоизлияние в кисту, нагноение кисты, разрыв кисты, перекрут кисты. В качестве примера, приводим клинический случай из собственной практики. Пациентка А. 37 лет (в анамнезе двое самостоятельных родов: 2008 г. и 2013 г.), в 2017 г. стала отмечать наличие объемного образования в левой паховой области, через 4 месяца от начала заболевания обратилась к хирургу в поликлинику по месту жительства, обследована и направлена на операцию. Перед операцией пациентке было выполнено трансвагинальное УЗИ матки и придатков, из протокола исследования: «Контуры тела матки ровные, четкие, размеры: 46x41x53 мм, загнута кзади. Миометрий диффузно

неоднородный. Шейка матки 31x29 мм. В проекции яичников дополнительных образований не выявлено. Под маткой незначительное количество жидкости. Мочевой пузырь пустой. В паховой области слева определяется жидкостное образование 35x20 мм овальной формы с неоднородным перемещающимся содержимым. Заключение: Жидкостное образование паховой области слева (Киста? Лимфатический узел?). Комментарий: На данном этапе диагностики можно было бы поставить диагноз: Левосторонняя малая овоидная однокамерная внутриканальная киста канала Нука, что дало бы возможность выбрать правильную тактику оперативного лечения. Также пациентке было выполнено УЗИ мягких тканей левой паховой области, из протокола исследования: «В надлобковой области, слева, лоцируется эхонегативное образование 18x18 мм, с перегибом в области нижнего края, аваскулярно. В паховой области, слева, лоцируется два лимфатических узла 10x5 мм. Заключение: Эхопризнаки пахового лимфаденита слева, гигромы надлобковой области? Кисты?». Комментарий: Вероятнее всего, врач ультразвуковой диагностики неправильно интерпретировал наличие у пациентки внеканальной кисты канала Нука, что в свою очередь привело к назначению неэффективного курса антибиотикотерапии, предшествовавшего операции. С целью оценки эффективности проведенного курса антибиотикотерапии по его завершению пациентке выполнено контрольное УЗИ мягких тканей левой паховой области, из протокола исследования: «В левой паховой области лоцируется овоидной формы анэхогенное образование 52x19x35 мм, содержимое неоднородное со взвесью и неполными перегородками в верхнем полюсе образования, стенки тонкие. При цветном дуплексном картировании аваскулярно. Также лоцируется воронкообразное сообщение этого образования, вероятно с полостью тазобедренного сустава. Паховый канал при натуживании и в покое не изменен. Региональные лимфатические узлы не увеличены, не изменены, васкуляризация не усилена». Комментарий: На данном этапе диагностики можно сделать заключение о наличии левосторонней средней грибовидной многокамерной внеканальной кисты канала Нука. В связи с отсутствием опыта диагностики кисты канала Нука, как у врача ультразвуковой диагностики, так и у хирургов в поликлинике, и в стационаре, несмотря на то, что пациентка была направлена и оперирована в областной клинической больнице, произошла не только диагностическая, но и

тактическая ошибка, которая в последующем потребовала повторного оперативного вмешательства. Объем первой операции заключался в выполнении герниопластики паховой грыжи слева с использованием сетчатого эндопротеза. Послеоперационный период протекал гладко, выписка из стационара осуществлена на 4 сутки (fast track). Послеоперационная рана зажила первичным натяжением. Однако менее чем через 1 месяц после операции пациентка продолжила отмечать наличие объемного образования в левой паховой области, которое теперь стало пальпироваться над лобком и частично спускаться в большую половую губу. Пациентка снова была вынуждена обратиться в поликлинику и пройти ряд исследований: неоднократно УЗИ зоны интереса, которые выполнялись специалистами нескольких медицинских организаций, МРТ и КТ, больная консультирована флебологом, травматологом-ортопедом, онкологом, хирургом. УЗИ мягких тканей левой паховой области, из протокола исследования: «В области лобка слева, подкожно лоцируется, мешотчатое образование, с четкими волнистыми контурами, тонкостенное, размерами 47x15x18 мм, содержимое анэхогенное, однородное. В латеральной части визуализируется два пристеночных линейных включения, повышенной эхогенности. Компрессия: эластично – сжимаема, смещаемая, безболезненна. Заключение: Аваскулярное жидкостное образование области подкожно-жировой клетчатки лобка слева». УЗИ мягких тканей левой паховой области, из протокола исследования: «В области левого пахового канала лоцируется жидкостное образование 45x13 мм, содержимое однородное. Петли кишечника не лоцируются. Заключение: Серозоцеле? пахового канала слева. Рецидив грыжи? без наличия петель кишечника». УЗИ мягких тканей левой паховой области, из протокола исследования: «В мягких тканях левой паховой области лоцируется жидкостная полость 43x12 мм с единичными перегородками у верхнего полюса, у нижнего полюса в полость из пахового канала вдается изоэхогенное образование (сальник?). Рядом паховый лимфатический узел 23x9 мм, неизменной формы и структуры, корковый слой пониженной эхогенности, кровоток по активному типу. Заключение: Жидкостное образование паховой области слева. Паховая грыжа? Лимфаденопатия паховых лимфоузлов слева». УЗИ малого таза, из протокола исследования: «...В левой паховой области, в подкожно-жировой клетчатке, анэхогенное аваскулярное «ненапряженное» образование «колбасовидной» формы, с тонкими

ровными контурами, с однородным содержимым. Заключение: Образование подкожно-жировой клетчатки левой паховой области (сорозоцеле? Киста кармана Нука?). Проведено МРТ малого таза, из протокола исследования: «... В подкожно-жировой клетчатке левой паховой области сформированное серозоцеле (с гомогенным жидкостным содержимым, с ровными стенками), общий размер 38x30x14 мм без выхода в глубокие слои передней брюшной стенки. Заключение: Состояние после пластики паховой грыжи слева. Серозоцеле левой паховой области». КТ брюшной полости и малого таза с внутривенным болюсным контрастированием, из протокола исследования: «...В паховой области слева грыжевые ворота до 27 мм, содержимое грыжи в виде клетчатки и отграниченного скопления жидкости, размерами 32x16 мм. Заключение: КТ-признаки паховой грыжи слева». Пациентка в октябре 2019 г. оперирована в ГБУЗ Волгоградская областная клиническая больница № 3. Из протокола операции: ... разрезом параллельно и выше на 2 см от паховой складки слева над пальпируемым образованием рассечены кожа, подкожная клетчатка. По ходу рассечения тканей выполнялся гемостаз коагуляцией и перевязыванием сосудов. Передняя стенка левого пахового канала на всем протяжении ушита наглухо, швы состоятельны. Внутри пахового канала пальпируется сетчатый эндопротез со сформированным на нем «постпротезным апоневрозом». Зона первой операции без особенностей. При ревизии раны в проекции ушитого наружного пахового кольца определяется соединительнотканый тяж хрящевидной плотности, который переходит в нижний полюс кистозного образования размером 4,0x2,0 см, верхний полюс которого достигает левой большой половой губы и левого лобкового бугорка. Остро и тупо из подкожной клетчатки выделена многокамерная киста грушевидной формы на ножке, с основанием в виде соединительнотканного тяжа с включениями мышечных волокон, размером 2,5 см, которая уходит под линию швов герниопластики левого пахового канала (видимо, данный участок был интерпретирован при КТ брюшной полости как грыжевые ворота и, соответственно, как рецидив грыжи). Ножка кистозного образования взята у основания на зажим Бильрота, отсечена. Учитывая ранее выполненную герниопластику левого пахового канала и ее состоятельность, паховый канал не вскрывался. На место в проекции отсеченной ножки кисты наложен 8-образный шов. Швы на подкожно-жировую клетчатку. Швы на

кожу. Асептическая повязка. Макропрепарат: многокамерное грушевидное образование на ножке 4,0x2,0 см, заполненное однородным соломенно-желтым жидким содержимым, у основания образование представляет соединительнотканый тяж с включением мышечных волокон. Диагноз после операции: Левосторонняя малая грибовидная многокамерная внеканальная киста канала Нука. Результат патолого-гистологического исследования. Заключение: Стенка кисты. Послеоперационный период протекал гладко. Швы сняты на 7-е сутки. Послеоперационная рана зажила первичным натяжением. Пациентка выписана на 8-й день госпитализации с выздоровлением. Обсуждение. Клинический случай демонстрирует трудность диагностики кисты канала Нука, связанные с незнанием данной патологии, как врачами лучевой диагностики, так и хирургами. Подтверждением тому является тот факт, что лишь один из врачей ультразвуковой диагностики заподозрил наличие у пациентки кисты кармана (канала) Нука. Данное обстоятельство обрекает пациенток на прохождение многочисленных, по-сути не обоснованных, инструментальных методов обследования и на посещение многочисленных специалистов. Все это, как правило, финансово обременяет пациентку и приводит к нерациональному использованию медицинского оборудования и времени врачей-специалистов. Являясь аномалией развития у женщин, достаточно долгое время киста канала Нука может протекать бессимптомно. Дебютом заболевания зачастую становится повышение внутрибрюшного давления (провоцирующие факторы: беременность и роды, запор, кашель, подъем тяжестей и т.п.), при котором имеющаяся киста становится заметна для пациентки, что заставляет обращаться за медицинской помощью. Схожесть дебюта кисты Нука и ущемленной паховой грыжи способно ввести в заблуждение хирурга. В отличие от ущемленной грыжи, киста Нука не требует экстренного оперативного лечения, возможно относительно длительное динамическое наблюдение, оперативное лечение выполняется в плановом порядке. Согласно МКБ-10, данное заболевание относится к врожденным аномалиям (порокам развития) женских половых органов и кодируется как Q 52.4. Стоит отметить, что кроме косметического «изъяна» киста канала Нука ничего в себе не несет. В связи с относительной редкостью киста канала Нука в настоящее время остается для подавляющего большинства общих хирургов оставаться трудно диагностируемым «дико-

винным» заболеванием, что приводит к задержке оперативного лечения или неправильному его объему. Как правило, пока идет длительный процесс диагностики, как было показано в приведенном выше клиническом случае, пациентки находятся в стрессовой ситуации, сопровождающейся канцерофобией, депрессией, связанной с отсутствием правильного диагноза и неэффективностью проводимого консервативного лечения (противовоспалительная и антибиотикотерапия). Для постановки правильного диагноза при диагностике кисты канала Нука вполне достаточно проведения УЗИ мягких тканей паховой области, безопасного и эффективного исследования, при условии знания этого заболевания и его ультразвуковых признаков. Выводы. Таким образом, осведомленность врачей диагностической линии и врачей клиницистов в отношении рассмотренной патологии позволяет повысить безопасность пациенток и ложится в основу выбора правильной лечебной тактики. Пластика передней стенки пахового канала при кисте канала Нука может выполняться любым способом, которым хорошо владеет оперирующий хирург. Как правило, использование сетчатого эндопротеза не показано, выполняется глухое ушивание апоневроза наружной косой мышцы живота. Рекомендации. Представляется целесообразным расширить информированность врачей лучевой диагностики и практикующих хирургов, особенно начинающих специалистов, по вопросам диагностики и лечения кисты канала Нука. При подготовке лекций для студентов медицинских вузов и слушателей курсов повышения квалификации включить данную аномалию развития у женщин в дифференциальный ряд заболеваний, проявляющихся наличием пальпируемого образования в паховой области. При подготовке клинических и методических рекомендаций, учебных пособий и т.п. материалов учитывать кисту канала Нука при проведении дифференциальной диагностики у женщин с пальпируемыми образованиями в проекции паховых областей.

29. Оперативное лечение гастроэзофагеальной рефлюксной болезни, обусловленной грыжей пищеводного отверстия диафрагмы.

Горохов В.В. (1), Тевяшов А.В. (2)

Ярославль

НУЗ "Дорожная клиническая больница на ст. Ярославль ОАО "Российские железные дороги" (1),
Ярославский государственный медицинский университет (2)

Актуальность. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ) занимает ведущее место среди заболеваний желудочно-кишечного тракта. В большинстве случаев терапия рефлюксной болезни, при наличии грыжи пищеводного отверстия диафрагмы, носит временный характер и не способна предотвратить развитие осложнений. Материал и методы. Проведен анализ 306 пациентов с ГЭРБ, наблюдавшихся в нашей клинике, с 2018 по 2019 год. Все пациенты проходили лечение у гастроэнтеролога, выполнялась видеоэзофагогастродуоденоскопия высокого разрешения, хромокопия, биопсия, полипозиционная рентгеноскопия пищевода и желудка, 24-часовая внутрипищеводная рН-импедансометрия, внутрипищеводная манометрия, УЗИ органов брюшной полости, ЭКГ. Медикаментозное лечение проводилось всем пациентам согласно клиническим рекомендациям. Хирургическое лечение грыжи пищеводного отверстия диафрагмы (ГПОД) выполнялось при отсутствии эффекта от консервативного лечения в течении 6 месяцев; наличия осложнённых форм эзофагита; внепищеводных проявлений рефлюксной болезни; больших кардиофундальных, субтотальных и тотальных желудочных грыжах. Оперативное лечение выполнено 65 пациентам в возрасте от 32 до 76 лет (средний возраст составил $54,3 \pm 11,1$ лет), из них 37 (57,0%) женщин, мужчин – 28 (43,0%). Пациенты отмечали длительность симптомов заболевания от 6 месяцев до 10 лет (в среднем $7,2 \pm 5,0$ лет). ГПОД I степени была выявлена у 16 (24,6%) пациентов, II степени – у 25 (38,5%), III степени – у 24 (36,9%). Параэзофагеальная грыжа определялась у 2 (3,1%) пациентов. При первичном осмотре эрозивный эзофагит выявлен у 21 (32,3%) больного. Цилиндроклеточная метаплазия дистальной части пищевода была определена у 14 (21,5%) больных, из них у 8 (12,3%) пациентов выявлен желудочный тип метаплазии, у 6 (9,2%) кишечный тип. В исследуемых биоптатах дисплазия

высокой степени не определялась. Пептическая стриктура в области переходной линии, по типу кольца Шаттки (Schatzki), определялась у 2 (3,1%) пациентов. Внепищеводные бронхолёгочные проявления рефлюксной болезни, были выявлены у 7 (10,8%) пациентов. Кардиальные проявления ГЭРБ определялись у 2 (3,1%) больных. Всем пациентам была выполнена лапароскопическая фундопликация в модификации Ниссена. Эффект от проведенного лечения оценивался через 2, 6 и 12 месяцев. Учитывались клинические данные – наличие изжоги, регургитация, тошнота и боль в эпигастрии. Выполнялась эзофагогастродуоденоскопия и рентгеноскопия пищевода и желудка. Полученные результаты. Отличный и хороший результат после операции отмечали 58 (89,2%) больных. Через год после операции жалобы сохранялись у 7 (10,8%) пациентов. Изжога, в том числе только при физической нагрузке, была отмечена в 4 (6,2%) случаях; отрыжка, вздутие живота – в 2 (3,1%); дисфагия I степени – в 2 (3,1%). Через 12 месяцев после операции у 8 (12,8%) пациентов отмечалось уменьшение протяженности цилиндроклеточной метаплазии пищевода. В зоне метаплазии появлялись очаги плоского эпителия, что подтверждено морфологически. У 2 (3,1%) пациентов отмечались временные явления гастростаза. Рентгенологически выявлена миграция фундопликационной манжеты в заднее средостение – у 1 (1,6%) пациента. Рецидив грыжи пищеводного отверстия диафрагмы наблюдался в 1 (1,6%) случае. У этого больного была выполнена рефундопликация. Обсуждение. В результате проведенного лечения удалось достичь высокой клинической эффективности фундопликации в лечении рефрактерной, осложнённой, рефлюксной болезни. У более половины пациентов, имеющих метаплазию эпителия дистального отдела пищевода, появились зоны резпитализации. Выводы и рекомендации. Лапароскопическая фундопликация является малотравматичной и безопасной операцией, которая позволяет достичь положительных результатов у 89,2% пациентов. Эта операция должна быть методом выбора в лечении пациентов, страдающих грыжей пищеводного отверстия диафрагмы, осложненной гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью.

30. Клинический случай эмболизации прямокишечных артерий при раке прямой кишки, осложненным кровотечением.

Никешин Н.Е.

Нижний Тагил

ГБУЗ СО Городская больница №4

Цель: описание клинического случая эмболизации прямокишечных артерий пациенту 90 лет с ЗНО прямой кишки осложненным кровотечением. Материалы и методы: Пациент 90 лет. ЗНО прямой кишки Т3N0M2 (3 см выше ануса) Стадия 2А, осложненное кровотечением. Сопутствующий: ИБС ПИКС 2016. Стент КА. Стабильная стенокардия 2 ф.к. по NYHA. Гипертоническая болезнь 3 ст риск 4. ЦВБ ДЭП. ЖКБ Хронический калькулезный холецистит. Гистологическое исследование: инвазивный рост плоскоклеточного рака с хроническим активным воспалением. В 2018 проходила курс лучевой терапии с частичным регрессом опухоли. Результаты: В августе 2019 отметила обильные кровянистые выделения из ануса, усиливающиеся после дефекации. Бригадой СМП доставлена в ГБУЗ №4. Хирургами больницы выполнено формирование двухствольной сигмостомы с целью исключения пассажа по прямой кишке. В отделении проводилась консервативная гемостатическая терапия. Несмотря на проводимое лечение отмечалось выделение алой крови из сигмостомы и ануса, снижение показателей красной крови. Учитывая неэффективность проводимого лечения, с целью остановки кровотечения предложена эмболизация прямокишечных артерий. При осмотре состояние средней степени тяжести, отмечается беспокойство пациента в связи с выделением сгустков крови из стомы и прямой кишки. АД 110/70 мм.рт.ст. Эритроциты 2,6 Гемоглобин 82 г/л. Белок 58 г/л креатинин 107 мкмоль/л. Пациент подан в хирургическую операционную. Для визуализации сосудов использовался электронно-оптический преобразователь (С- дуга) Ziehm Imaging. Местная анестезия раствором новокаина 0,5% 20 мл. Выполнена пункция правой ОБА, установлен интродьюсер 6F. Используя диагностический катетер AUB (катетер Боброва для эмболизации маточных артерий и гидрофильный проводник Radiofocus), выполнена катетеризация передней ветви левой внутренней подвздошной артерии. Визуализированы прямокишечные артерии слева. Отмечается выраженный участок васкуляризации в области прямой кишки с

участком экстравазата. Учитывая отсутствие микрокатетера и ограниченную разрешающую способность С-дуги – выполнить селективную эмболизацию невозможно. В качестве эмболизационного материала использовалась гемостатическая губка и 3% раствор вспененного этоксисклерола. Губка разрезалась на мелкие части и разбавлялась физраствором до желеобразного состояния. После чего в артерии вводился этоксисклерол для закрытия более дистальных участков артерий, затем гемостатическая губка. Аналогичным способом выполнена эмболизация правой верхней прямокишечной артерии. Через 5 минут отмечалось отсутствие контрастирования прямокишечных артерий. После проведения процедуры отмечался болевой синдром в области левого тазобедренного сустава, купирован введением промедола. При повторном контрастировании четко визуализировались ягодичные артерии, артерии нижних конечностей, что исключало нецелевую эмболизацию. Выполнен мануальный гемостаз места пункции, наложена давящая повязка. На 5 сутки отмечается полное отсутствие выделения крови из стомы и ануса. Место пункции без особенностей. Эритроциты 3,0, гемоглобин 98 г/л. Пациент выписан. Выводы: В ряде случаев, для экстренной остановки кровотечения не требуется рентгенхирургическая операция. Эндоваскулярный гемостаз можно выполнить в хирургической операционной, используя С-дугу и минимальный набор эндоваскулярных инструментов.

31. Влияние изменений в системе гемостаза на исход абдоминального сепсиса у пациентов пожилого возраста

*Земляной В.П. (1), Гуржий Д.В. (1),
Лернер А.А. (2), Гамзатов Х.А. (1)*

Санкт-Петербург

ФГБОУ ВО "Северо-западный государственный
медицинский университет
имени И.И. Мечникова" (1),
ГБУЗ ЛО "Всеволожская клиническая
межрайонная больница" (2)

Актуальность. Пожилой возраст является независимым фактором риска смертности среди взрослых, госпитализированных с сепсисом. Причина высокой восприимчивости к инфекции, и к более высокому риску формирования тяжелого сепсиса у пожилых людей старше 60 лет на сегодняшний день остается неясной. Предполагают, что это связано с функциональным нарушением клеточных и гуморальных иммунных реакций и с дисбалансом про- и противовоспалительного ответа организма на воспаление. Высокие уровни медиаторов воспаления у больных с сепсисом приводят к развитию эндотелиальной дисфункции (ЭД) и запуску каскада реакций свёртывающей системы крови, что, в свою очередь ведёт к развитию гиперкоагуляционного синдрома и повышает риск образования тромботических отложений в микроциркуляторном русле и создаёт условия для формирования полиорганной недостаточности. Материалы и методы: обследованы 88 пациентов (47 женщин и 41 мужчина) с абдоминальным сепсисом (АС), находившиеся на лечение в хирургическом отделении №2 СЗГМУ им. И.И. Мечникова. Средний возраст составил – 58,1±17,6 лет. Пациенты были разделены на две группы: 1-я группа - 42 больных с АС в возрасте < 60 лет (средний возраст 42,7±11,7), 2-я группа – 46 пациентов > 60 лет (средний возраст 68,7±10,0). Всем больным было проведено оперативное лечение и исследование системы гемостаза (проводилось в РосНИИ Гематологии и трансфузиологии ФМБА). Исследование системы гемостаза включало: определение активности плазменных факторов свёртывания - V (фV) и VIII (фVIII), определение маркера ЭД - активность (vWF) и уровень (антиген) фактора Виллебранда (Ag:vWF), оценку фибринолитической активности - время Хагеман-зависимого лизиса (ХЗЛ), активность естественных антикоагулянтов: антитромбина (АТ),

протеина С (ПС). Статистическая обработка результатов, проводилась с помощью программ «STATISTICA 10.0» и Microsoft Excel в среде Windows. Полученные результаты: У всех больных > 60 лет активность факторов V и VIII, vWF, уровень Ag:vWF, время ХЗЛ достоверно значимо ($p < 0,05$) превышали значения в группе лиц < 60 лет (129,0 vs 85,0, 406,0 vs 203,0, 426,0 vs 214,0, 412 vs 243,0, 1800,0 vs 700, соответственно). На основании полученных значений vWF, Ag:vWF, которые являются маркерами эндотелиальной дисфункции, видно, что у больных старше 60 лет имела место выраженная эндотелиальная дисфункция. Показатели активности естественных антикоагулянтов АТ и ПС в группе пациентов > 60 лет достоверно значимо ниже ($p < 0,05$) в сравнении с группой лиц < 60 лет (62,0 vs 85,0, 52,0 vs 81,0, соответственно). Летальность больных АС составила: в группе < 60 лет - 5% (2 человека), в группе > 60 лет - 59% (27 человек). При расчете риск развития неблагоприятного исхода в зависимости от активности системы гемостаза и возраста у больных с АС (ОР, 95% ДИ) получено, что в группе > 60 лет риск развития летального исхода увеличился в 12,3 (3,1;48,7) раза. Обсуждение. Наиболее выраженные гиперкоагуляционные изменения и формирование ЭД, отмечались в возрастной группе > 60 лет. У пациентов данной группы развитие тяжелого септического процесса согласуется с гипотезой о том, что у пожилых людей биологические особенности сепсиса отличаются от аналогичных процессов у лиц моложе 60 лет. При этом высокая летальность среди пожилых людей с АС может быть связана с существенной активацией системы гемостаза. Выводы и рекомендации. Учитывая высокий уровень летальности у пациентов старше 60 лет с АС понимание врачами потенциального влияния возрастных изменений на реакцию системы гемостаза поможет улучшить результаты диагностики и лечения пациентов хирургического профиля.

32.О возможности использования комбинированных антисептиков

Морозов А.М., Кадыков В.А., Сергеев А.Н., Аскеров Э.М., Любский И.В., Пахомов М.А.

Тверь

ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России

Актуальность. Боль – это субъективное ощущение и в то же время важная адаптационная реакция организма, направленная на мобилизацию защитных сил для сохранения его целостности и здоровья. Кроме того, боль – предупредительный сигнал, являющийся индикатором чрезмерных нагрузок на организм. Материалы и методы. Сообщение основано на анализе результатов лечения 30 больных, проходивших амбулаторное лечение в условиях поликлиники в ГБУЗ ГКБ № 7 г. Тверь с гнойно-воспалительными заболеваниями верхних конечностей. Все больные были разделены на 2 группы по 15 человек, в первую группу вошли больные, которым проводилась обработка ран водным раствором Хлоргексидина биглюконата, во второй группе обработку ран проводили комбинированным антисептиком, в состав которого вошли водный Хлоргексидина биглюконат и раствор Лидокаина. В течение 7 дней проводилась оценка боли при обработке раневой поверхности по шкале оценки ВАШ. Все данные записывались и подвергались статистической обработке. Результаты. В первый день при обработке раны средний показатель ВАШ в первой группе составил 3.3, во второй группе 2,9, что на 12.1% меньше чем в первой группе. В третий день при обработке раны средний показатель ВАШ в первой группе составил 2.7, во второй группе 2,5, что на 7.4% меньше чем в первой группе. На седьмой день при обработке раны средний показатель ВАШ в первой группе составил 2.0, во второй группе 1,9, что на 5.0% меньше чем в первой группе. Отдельно необходимо отметить, что снижение гнойно-воспалительного процесса в обеих группах проходило с одинаковой скоростью. Выводы. На основании полученных данных можно предположить, что применение комбинированных антисептиков предпочтительнее, чем применение классических антисептиков из-за анальгетического эффекта у первых.

33. Результаты лапароскопических операций при дивертикулите ободочной кишки

*Старцева Л.Н. (1), Торба А.В.(1),
Борота А.В.(2), Бондаренко О.О. (1)*

Луганск (1), Донецк (2)

ГУ ЛНР «Луганский государственный медицинский университет имени Святителя Луки» (1),
ГООВПО «Донецкий национальный медицинский университет им. М.Горького» (2)

Введение: хирургические вмешательства при осложненном и неосложненном дивертикулите толстой кишки, включая первичную резекцию и анастомоз (ПРА) с или без защитной стомы, процедуру Гартмана (ГО), независимо от того, проводятся ли они в плановом порядке или экстренно, могут выполняться лапароскопически. Тем не менее, из-за низкого уровня заболеваемости и сложности процедуры, имеется очень мало исследований по результатам лапароскопической хирургии сигмовидного дивертикулита. Цель: Настоящее исследование было предпринято для оценки результатов лапароскопического лечения больных сигмовидным дивертикулитом. Методы: В проспективное исследование последовательно было включено 37 пациентов с сигмовидным дивертикулитом, которые лечились лапароскопически с марта 2015 года по апрель 2019 года. Демографические, клинические данные, оперативные, послеоперационные результаты, а также осложнения при динамическом наблюдении были проанализированы. Результаты: 11 больных с неосложненным и 26 с осложненным дивертикулитом были прооперированы лапароскопически, 22 - экстренно и 15 - планово. Только у 3 пациентов потребовалось перейти к открытой операции - у двух из-за плотных спаек и у одного из-за хронической обструктивной болезни легких. Ни у одного пациента не было травмы мочеочника или кишечника. Восемнадцать пациентов перенесли лапароскопическую ПРА без стомы, 11 пациентов имели ПРА со стомой, у 6 выполнены ГО. Результаты показали меньшую потерю крови, более короткое пребывание в стационаре и меньше осложнений, связанных с анастомозом. У двух пациентов были осложнения, связанные со стомой. Заключение: Лапароскопическое лечение дивертикулита безопасно, обеспечивает меньший уровень осложнений, более короткое пребывание в стационаре и должно стать хирургической

процедурой выбора при плановом или неотложном лечении простого и осложнённого дивертикулита.

34. Опыт транскутанной катетер-направленной биопсии в диагностике холангиокарцином

*Бебуришвили А.Г., Зюбина Е.Н.,
Веденин Ю.И., Мелешкин С.А.*

Волгоград

Волгоградский государственный
медицинский университет,
Волгоградский медицинский научный центр

Актуальность. Проблема морфологической диагностики холангиокарциномы в современной медицине также актуальна, как и несколько десятилетий назад. По данным мета-анализа Navaneethan U. et al. (2015) щипковая биопсия и brush-цитология обладают чувствительностью, не превышающей 48,1% и 59,4% при их сочетанном применении. У подавляющего числа больных диагноз подтверждается или снимается только во время лапаротомии с биопсией. По данным Hadi Y.B et al. (2015) до 15% резекционных вмешательств оказываются выполненными необоснованно, так как при гистологическом исследовании диагноз холангиокарциномы не подтверждается. Высокой чувствительностью обладает чрескожная катетер-направленная внутривисцеральная биопсия при помощи устройства для внутриаартериальной атерэктомии TurboHawk, применяющаяся в России с 2014 года. Материал и методы. В клинике факультетской хирургии Волгоградского государственного медицинского университета с 2017 по 2019 гг. выполнено 12 катетер-направленных биопсий у пациентов с проксимальным билиарным блоком и механической желтухой с целью верификации причин обструкции. Среди пациентов было 7 женщин и 5 мужчин. Средний возраст $59 \pm 9,1$ лет. После пункции желчного протока или по сформированному после ранее перенесенной холангиостомии свищевому каналу в условиях рентген-операционной устанавливали проводник, по нему либо сразу, либо после бужирования

канала позиционировали катетер TurboHawk и выполняли внутривисцеральную биопсию. Полученный фрагмент ткани подвергали гистологическому и иммуногистохимическому исследованиям. Полученные результаты. Из 12 перенесших процедуру пациентов 4 ранее выполнили чрескожную холангиостомию в связи с высоким уровнем обтурационного холестаза. Трое больных ранее перенесли назобилиарное дренирование. Двум пациентам катетер-направленная биопсия выполнена одномоментно с наружно-внутренним дренированием, у трех – завершена наружной холангиостомией. Диагноз холангиокарциномы верифицирован у всех пациентов. Осложнения отмечены у трех больных: в одном наблюдении возникла гемобилия, в двух – развился холангит после наружно-внутреннего дренирования. Выводы и рекомендации. Таким образом, метод чрескожной катетер-направленной биопсии при минимальной инвазии и небольшом проценте осложнений демонстрирует высокую диагностическую ценность при выявлении холангиокарциномы и претендует на право быть «золотым стандартом» на этапе до выполнения лапаротомии.

35. Роль и место тромбгеморрагического синдрома в патогенезе острого панкреатита и его коррекция

*Волков А.Н. (1), Арсютов В.П. (1),
Ворончихин В.В. (2), Столяров С.И. (2),
Мизуров Н.А. (1), Краснов Г.Н. (1)*

Чебоксары

ФГБОУ ВО "Чувашский государственный университет им. И.Н. Ульянова" (1),
"Республиканская клиническая больница" (2)

Введение. В настоящее время считается, что тромбгеморрагический синдром (ТГС) является одним из первых и основных клинико-лабораторных проявлений острого панкреатита (ОП). Его генез можно объяснить следующим образом: уклонение панкреатических протеаз в кровь, глубокие расстройства микроциркуляции, гипоксия и ацидоз, эндогенная интоксикация

ферментативно-продукционного характера, затем и инфекционного характера, иммунная агрессия в виде активации комплемента, системного воспалительного ответа, усиленное образование иммунных комплексов и развитие ДВС-синдрома – вот перечень причин приводящих к геморрагическим явлениям. На первых стадиях развития ОП, когда выраженность панкреатической агрессии наибольшая, морфологические проявления и темп развития ТГС особенно значительны. В первую очередь они определяются гиперкоагуляцией. В то время как эту реакцию внутренней среды в определенной степени можно считать положительной и саногенной, так как выпадение фибрина способствует ограничению некроза и созданию матрицы для развития соединительной ткани, то рассеянное внутрисосудистое выпадение фибрина усугубляет расстройство микроциркуляции, тем самым усугубляя деструктивный процесс. Целью исследования является снижение частоты гнойных осложнений и послеоперационной летальности улучшением микроциркуляции в поджелудочной железе назначением реологически активных кровезаменителей (реополиглюкин) в сочетании с антиагрегантами (олифен, дипиридамолом) и препаратами, воздействующими на микроциркуляцию. Материалы и методы исследования, результаты. Работа основана на анализе историй болезни 147 больных острым панкреатитом, которым проведена активная коррекция ТГС, и 205 историй болезни пациентов без коррекции тромбгеморрагического синдрома. Как только установлен диагноз ОП, предвидя возможное развитие ТГС, мы проводили опережающие лечебные мероприятия, которые состоят в назначении реологически активных кровезаменителей (реополиглюкин) в сочетании с антиагрегантами (олифен, дипиридамолом), препаратов, воздействующих на микроциркуляцию и деформируемость клеток крови (трентал, агапурин), малых доз гепарина (10 тыс. ЕД в сутки). Развитие коагулопатии потребления меняет приоритеты лечения. Лечение гепарином уже неэффективно. Необходима стабилизация гемодинамики (без декстранов!), инфузионная коррекция метаболического ацидоза, переливание нативной плазмы, криопреципитата, фибриногена и тромбоцитарной массы. Все же вводим небольшие дозы гепарина (7-10 тыс. ЕД/сутки) и большие дозы антипротеаз. Проводим в этой стадии гемокоррекцию в виде плазмафереза, плазма-сорбции и гемодиализа при развитии почечной недостаточности. Вывод. Наши наблюдения за 147

больными, которым проводилась коррекция ТГС, свидетельствуют о том, что благодаря этой терапии нам удалось снизить частоту гнойных осложнений с 74,57% до 31,25%, а послеоперационную летальность соответственно – с 33,89 до 15,63%.

36. Организация и оказание помощи пациентам с острым панкреатитом в ХМАО-Югре

Кислицин Д.П.

Ханты-Мансийск

Окружная клиническая больница

Цель работы: оценить организацию и результаты лечения пациентов с острым панкреатитом в ХМАО-Югре. Материалы и методы. ХМАО-Югра - субъект РФ, площадью 534,8 тыс. кв. км. Особенность в оказании первичной и специализированной хирургической помощи - большие расстояния между населенными пунктами, отсутствие круглогодичных транспортных схем сообщения между населенными пунктами. Численность населения составляет 1732 тыс. человек, низкая плотность населения, сосредоточенность в крупных городах округа. Состав населения округа определяется историческими фактами освоения Севера, значительным преобладанием мужской части населения, средний возраст жителя Югры - 34 года. На сегодняшний день в ХМАО-Югре действуют 97 медицинских организаций и 67 ФАПов. Многие ЛПУ оснащены современным диагностическим оборудованием, хирургическими модулями, доступны для консультативной цели телемедицинские технологии. В 2018 году в округе оказание стационарной хирургической помощи взрослому населению, в том числе неотложной, было организовано на 873 койках. Обеспеченность общими хирургическими койками взрослого населения в 2018 году составила 7,1 на 10 тыс. постоянной численности. Обеспеченность врачами хирургами в Округе - 1,7 (280 человек), хирургических специальностей - 8,3 на 10 тыс. населения. Остается высоким процент совместительства. Число хирургов, имеющих квалификационные категории составляет 152

(53,7%). В соответствии с маршрутизацией больных с острой хирургической патологией в ХМАО-Югре существует 26 ЛПУ, оказывающих круглосуточную специализированную помощь по профилю «Хирургия», в т.ч. - 7 многопрофильных стационаров III уровня, располагающих необходимыми диагностическими (современные лаборатории, УЗИ, КТ, МРТ...) и лечебными возможностями. Результаты. За 2018 год в стационарах округа пролечено 1676 пациентов с диагнозом острый панкреатит. Процент поздней госпитализации составил 45,3%. Умерло 28 пациентов, летальность составила 1,7%. Оперировано 128 пациентов, из них у 17 - лечебно-диагностические лапароскопии. «Открытые» и пункционные дренирующие вмешательства у 18 пациентов с тяжелым панкреатитом в фазе гнойных осложнений в большинстве случаев выполнены в условиях специализированных отделений стационаров II-III уровня, из них умерли - 12 человек. Послеоперационная летальность составила 14,1%. Заключение. Маршрутизация больных с острым панкреатитом предполагает «медицинскую сортировку пациентов» в зависимости от тяжести панкреатита, прогноза заболевания и, соответственно, этапности курации. Пациентам с легким панкреатитом возможно оказание помощи в любом хирургическом стационаре. Больным с тяжелым панкреатитом в фазе панкреатогенного шока помощь оказывается в отделениях реанимации ЛПУ всех уровней, при транспортабельности, после телемедицинской консультации со специалистами окружных больниц, пациенты переводятся силами санитарной авиации в многопрофильные стационары III уровня. Хорошая оснащенность учреждений округа всех уровней методами инструментальной диагностики (УЗИ, КТ), позволяют своевременно выявить осложнения острого панкреатита, определить прогноз развития заболевания и своевременную транспортировку пациентов в специализированный центр.

37. Опыт применения миниинвазивных технологий в хирургическом лечении перфоративных гастродуоденальных язв

Тихомиров М.В., Сатинов А.В., Синякова Л.Г., Барвинский Д.С., Симцов А.Ю., Тихомиров В.М.

Нижневартовск

БУ Нижневартовская окружная клиническая больница

Количество операций при перфоративной язве на протяжении последних десятилетий держится на уровне 7,5-13,0 на 100000 человек. Важной задачей хирургии сегодня является внедрение и использование миниинвазивных способов оперативного лечения, в том числе в условиях оказания ургентной помощи. В БУ «Нижневартовская окружная клиническая больница» используются три миниинвазивных способа хирургического лечения перфоративной гастродуоденальной язвы. При отсутствии противопоказаний ушивание перфоративной язвы и санация брюшной полости выполняется с использованием миниинвазивных технологий. Общими противопоказаниями для использования миниинвазивных способов являются: гнойный перитонит, абдоминальный сепсис; труднодоступная локализация язвы (атипичные перфорации); подозрение на малигнизацию язвы. Приоритетным является видеолaparоскопическое ушивание перфоративной язвы. С 2002г. в нашем стационаре внедрена методика ушивания перфоративной гастродуоденальной язвы и санации брюшной полости из минилапаротомного доступа. При наличии таких противопоказаний как – большой диаметр перфоративного отверстия, инфильтрация стенки ДПК, наличие противопоказаний к пневмоперитонеуму, а также отсутствие в дежурной бригаде хирургов владеющих навыками лапароскопических операций – выполняется ушивание перфоративной язвы и санация брюшной полости из минилапаротомного доступа. Так же эти миниинвазивные способы используются в сочетании (видеолaparоскопически-ассистированные операции), но в основном, мы применяем данный вариант, как результат конверсии видеолaparоскопии. Операции из минидоступа проводятся с использованием комплекта «Мини-Ассистент» (М.И. Прудкова). Для определения противопоказаний применяем шкалу оценки тяжести перитонита у пациентов с перфоративной гастродуоденальной язвой

(получен патент РФ на изобретение): 1. Оценка времени прошедшего с момента перфорации – каждый час + 1 балл 2. Оценка распространенности перитонита – каждые 100 мл выпота + 1 балл 3. Оценка перитонита по характеру выпота в бр. полости: Серозный выпот, либо желудочное содержимое + 0 баллов Серозно-фибринозный выпот + 5 баллов Гнойно-фибринозный выпот + 10 баллов 4. Оценка перитонита по тяжести клинических проявлений: Перитонит без явлений абдоминального сепсиса + 0 баллов Перитонит с явлениями абдоминального сепсиса + 10 баллов Противопоказания к операции из мини-доступа: абсолютные – Сумма более 11 баллов; относительные – масса тела более 80 кг, перенесенные операции на бр. полости, сроки заболевания свыше 6ч. В 2015-2019гг., в БУ «Нижневартовская окружная клиническая больница» выполнено 148 ушиваний перфоративных гастродуоденальных язв. Видеолaparоскопическое ушивание перфорации выполнено у 58 пациентов (39,1%), ушивание и санация брюшной полости из минилапаротомного доступа выполнено у 41 пациента (27,7%), видеолaparоскопически-ассистированная операция произведена 4 пациентам (2,7%). Из традиционного, верхне-срединного доступа оперировано 45 пациентов (30,4%). Все оперированные «традиционно» имели противопоказания для миниинвазивных операций, в большинстве случаев (52,6%), это явления абдоминального сепсиса. При анализе историй болезни пациентов оперированных миниинвазивно получили следующие результаты: 1. Видеолaparоскопическое ушивание перфоративной язвы - среднее время операции $71,2 \pm 5,5$ мин., средний срок пребывания в ОАР – $88,7 \pm 7,3$ мин., средние сроки госпитализации $6,4 \pm 0,3$ койко-дней. 2. Ушивание перфоративной язвы из минидоступа - средняя величина доступа составила $31,8 \pm 0,6$ мм, среднее время продолжительности операции $33,5 \pm 3,5$ мин., средний срок пребывания в ОАР – $86,3 \pm 5,5$ мин, Средние сроки госпитализации – $5,9 \pm 0,4$ койко-дней. 3. Видеолaparоскопически ассистированное ушивание перфоративной язвы - среднее время операции $76,4 \pm 5,1$ мин., средний срок пребывания в ОАР – $90,6 \pm 7,3$ мин., средние сроки госпитализации $7,1 \pm 0,3$ койко-дней. У пациентов оперированных миниинвазивно, наблюдали менее выраженный болевой синдром в послеоперационном периоде и как следствие меньшее использование анальгетиков, более раннюю активизацию. Осложнений связанных непосредственно с операциями и летальных исходов не наблюдали. Наш опыт хирургического

лечения перфоративных гастродуоденальных язв показывает, что у большинства больных данной патологией, возможно и целесообразно применение миниинвазивных методик. Каждая, из используемых нами, минимальноинвазивных методик имеет свои преимущества и недостатки, показания и противопоказания. Однако, сочетанное их применение в стационаре, позволило нам в 2015-2019гг. выполнить миниинвазивные вмешательства при ушивании перфоративной язвы в 69,6% случаев, без роста числа осложнений.

38. Рейтинговая оценка оказания помощи при лечении перфоративной язвы двенадцатиперстной кишки и желудка

*Козлов В.А. (1), Козлов И.В. (2),
Тырсин Н.А. (3), Попов В.П. (4),
Левчик Е.Ю. (2), Воронков М.Ю. (2),
Столин А.В. (4)*

Екатеринбург

УГМУ (1), МЗСО (2), УРФУ (3), УЗ АгЕ (4).

Состояние вопроса: основным фактором, определяющим результаты лечения пациентов с перфоративной язвой двенадцатиперстной кишки и желудка (ПЯ), является «операция выбора». «Информационно - аналитический сборник» за 2017 год, изданный Национальным медицинским центром хирургии им. А.В.Вишневского (ИАС), дает возможность оценить состояние вопроса, провести оценку своих результатов в сравнении с данными по Российской Федерации (РФ), Федеральным округам (ФО) и регионам РФ. В настоящее время, при лечении пациентов с ПЯ, большинство хирургов, в том числе в 4-х из пяти стационаров г. Екатеринбурга выполняют «Национальные клинические рекомендации» - применяют операцию ушивания язвенного дефекта. В ЦГКБ № 1 г. Екатеринбурга при лечении ПЯ с 1988 года операцией выбора было: иссечение язвенного дефекта, пилоропластика, селективная криоваготомия. Цель работы: определение рейтинга лечебных учреждений и лучших хирургических технологий. Материалы и методы: «Информационно - аналитический сборник» Национального медицинского центра

хирургии им. А.В.Вишневского, отчеты главных хирургов Федеральных округов, Министерства Здравоохранения Свердловской области, Управления Здравоохранения Администрации города Екатеринбурга. Полученные результаты и их обсуждение: по данным ИАС в 2017 г. в РФ поступило 19841 пациентов с ПЯ, умерло 1725 пациентов (9,7%), оперировано 19071, умерло из них 1725 человек (9,0%). В восьми ФО послеоперационная летальность колебалась от 8,0% до 10,4% и в среднем составила 9,0%. Уральский ФО (УрФО) с показателем 8,4% занимает 3-е место (в УрФО поступило 1571 пациентов с ПЯ, из них умерло 145 - 9,2%, оперировано 1515, из них умерло 128 - 8,4%). Лучшие результаты в Центральном ФО – 8,0% (поступило 5858 пациентов с ПЯ, из них умерло 509 – 8,7%, оперировано 5563, из них умерло 447 - 8,0%). Худшие результаты в Северо-Западном ФО – 10,4% (поступило 1960 пациентов с ПЯ, из них умерло 227 - 11,3%, оперировано 1901, из них умерло 197 - 10,4%). Из 6 регионов, входящих в состав УрФО, лучшие показатели в Ямало-Ненецком Автономном округе – 2,7% (поступило 74 пациентов с ПЯ, из них умерло 2 - 2,7%, оперировано 73, из них умерло 2 - 2,7%). Худшие результаты в Свердловской области – 12,9% (поступило 485 пациентов с ПЯ, из них умерло 62 - 12,8%, оперировано 456, из них умерло 59 - 12,9%). Таким образом, в РФ по показателю послеоперационной летальности, УрФО занимает 3-е место. При сравнении результатов работы регионов Свердловская область находится на 68-м месте. Для сравнения, по результатам работы отдельных лечебных учреждений, приводим показатели по г. Екатеринбургу за четыре года (2015 – 2018 г.). Неотложную хирургическую помощь оказывают 5 лечебных учреждений. Госпитализировано 758 пациентов с ПЯ, умерло 88 человек (6,8%). Лучшие результаты в ЦГКБ № 1 – 8,3% (поступило 242 пациентов с ПЯ, из них умерло 20 - 8,3%). Худшие в ГКБ № 40 – 15,0% (поступило 120 пациентов с ПЯ, из них умерло 18 - 15,0%). Следует отметить, что с 2016 г. в ЦГКБ № 1 г. Екатеринбурга, по ряду причин, селективная криоваготомия выполняется перестала, при этом послеоперационная летальность возросла с 3,3% до 8,2%. Выводы: 1. Имеются значительные различия в результатах в зависимости от применяемых технологий. 2. Внедрение простого ушивания ПЯ и малоинвазивных технологий не привело к улучшению результатов. 3. Лучшие результаты получены при использовании патогенетически обоснованных вмешательств.

39.Операция Гартмана – метод выбора или дополнительный метод лечения при осложнениях дивертикулярной болезни толстой кишки

*Старцева Л.Н. (1), Торба А.В.(1),
Борота А.В.(2), Бондаренко О.О. (1)*

Луганск (1), Донецк (2)

ГУ ЛНР «Луганский государственный
медицинский университет им.Святителя Луки» (1),
ГООВПО «Донецкий национальный
медицинский университет им. М.Горького» (2)

Введение. Хирургическое лечение дивертикулитов толстой кишки в стадиях 2-4 по Хинчи, как правило, заключается в первичной резекции с анастомозом или операций по Гартману. Было проведено исследование с целью сравнения этих двух методов. Материалы и методы. Ретроспективно изучено 227 больных, которых оперировали по поводу дивертикулярной болезни толстой кишки с 2001 по 2017 г.г. Оперативные вмешательства включали первичную резекцию с анастомозом, анастомозом с проксимальной илеостомией и операции по типу Гартмана. Заболеваемость, смертность и продолжительность пребывания сравнивались с каждой оперативной процедурой и стадией заболевания. Пациенты были распределены по следующим патологическим стадиям: стадия 0, воспаление отсутствует; I стадия - хроническое воспаление; стадия II - острое воспаление с или без микроабсцессов; стадия III, периколонный или брыжеечный абсцесс; IV стадия, абсцесс таза; и стадия V, гнойный или каловый перитонит. Средний возраст пациентов составил 66 лет (диапазон 25-98 лет). Соотношение мужчин и женщин было 84: 143. Средний период наблюдения - 23 месяца (от 1 до 132 месяцев). Было 50 свищей: 24 коловезикальных, 21 коловагинальных, 3 колоколоновых, 1 колоэнтэральный. РЕЗУЛЬТАТЫ Смертность, заболеваемость, продолжительность пребывания в стационаре и уровень несостоятельности анастомоза сравнивались с различными стадиями заболевания и методами лечения. Операция проводилась как плановая у 196 пациентов (86%), срочная - 12 (5%) и неотложная у 19 больных (8%). Первичная резекция была выполнена во всех случаях. Первичный анастомоз был выполнен у 200 пациентов (88%), 183 без и у 17 с проксимальной диверсией. Двадцать семь пациентов (12%) оперированы по типу Гартмана; 19 пациентов (70%) с тех пор перенесли закрытие колостомы.

Осложнения были у 52 пациентов (23%), в том числе, 4 случая несостоятельности анастомоза (2%). Было 3 пероперационных смерти (1%). Средняя продолжительность первоначального пребывания в стационаре составила 11 дней (от 4 до 59 дней). Продолжительность пребывания составляла 5 дней (диапазон 4-7 дней) для закрытия илеостомы (7%) и 13 дней (диапазон 7-35 дней) для закрытия колостомы после процедуры Гартмана (33%). ВЫВОДЫ:Первичная резекция практически всегда возможна при сложных дивертикулярных заболеваниях. Первичный анастомоз с проксимальной илеостомой или без нее безопасен для пациентов без абсцессов или при локализованных абсцессах и должен рассматриваться индивидуально для пациентов с тазовыми абсцессами и перитонитом. Закрытие колостомы после процедуры Гартмана связано со значительной продолжительностью госпитализации.

40.Опыт применения эмбриологически обоснованной оперативной хирургии в лечении больных местнораспространенными опухолями толстой кишки, осложненными некрозом

*Лукьянюк П.П.(1), Суров Д.А.(1),
Соловьев И.А.(1), Сизоненко Н.А.(1),
Балюра О.В.(1), Безмозгин Б.Г.(1),
Осипов А.В.(1,2)*

Санкт-Петербург

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

Хирургическое лечение больных местнораспространенными опухолями толстой кишки, осложненными некрозом, является одной из наиболее актуальных проблем неотложной хирургии и современной онкологии. Принципиальной особенностью данной проблемы является необходимость решения двух задач: устранение жизнеугрожающего осложнения, с

одной стороны, и необходимость обеспечения радикализма хирургического вмешательства с другой. В исследование были включены 68 пациентов с местнораспространенными опухолями толстой кишки и гистологически верифицированным некрозом. Контрольную группу исследования ($n = 43$) составили пациенты, при лечении которых применялись традиционная тактика и оперативные подходы. В основную группу ($n = 25$) были включены больные, вероятность некроза опухоли у которых прогнозировалась на основе применения разработанного ранее алгоритма. В основу оперативной хирургии у больных основной группы были положены принципы эмбриологически обоснованной хирургии, соблюдение которых обеспечило эффективное применение техники висцеральных ротаций в плоскостях эмбриональных слоев, а также применение экстрафасциального подхода с целью достижения опухоленегативных границ резекции. Время оперативного вмешательства у больных основной группы снизилось до $222,96 \pm 68,98$ минут, при этом в контрольной группе оно составило $321,51 \pm 69,72$ минут. Аналогичная тенденция выявлена при оценке среднего объема интраоперационной кровопотери, которая в основной группе уменьшилась до $525,92 \pm 163,63$ мл, в контрольной группе данный показатель составил $962,79 \pm 127,63$ мл. Послеоперационные осложнения у больных основной группы снизились в 1,5 раза (с 39,53% до 28 %), а послеоперационная летальность уменьшилась в 2,5 раза (с 20,93% до 8%). Опухоленегативных границ резекции в основной группе удалось достичь у 96% больных ($n = 24$), в то же время в контрольной группе этот показатель составил 60,46% ($n = 26$). Среднее количество удаленных регионарных лимфатических узлов в основной группе составило $25,04 \pm 11,12$ при локализации опухоли в ободочной кишке и $23,3 \pm 8,74$ в прямой кишке, в то же время, в контрольной группе эти показатели составили $12,35 \pm 6,17$ и $12,21 \pm 6,58$, соответственно. Тщательное предоперационное планирование комбинированного оперативного вмешательства, основанное на детальном анализе результатов обследования больных местнораспространенными опухолями, осложненными некрозом, а также широкое внедрение в хирургическую практику принципов эмбриологически обоснованной оперативной хирургии позволяет не только снизить травматичность мультвисцеральных резекций, уменьшить частоту послеоперационных осложнений и летальности, но и существенно повысить их радикализм, создавая необходимые условия для

проведения эффективной адъювантной терапии и, как следствие, улучшить отдаленные результаты лечения данной категории пациентов.

41. Первый опыт эндоскопического электрорхирургического удаления образований бронхов в условиях Свердловского онкодиспансера

*Десятов Е.Н., Погодин А.С.,
Руденко М.С., Верховодова И.С.*

Екатеринбург

ГАУЗ СО «СООД»

Введение: Рак Легкого занимает 1 место в структуре заболеваемости-11,6% и 1 место по смертности от онкологических заболеваний 18,4% (GLOBOCAN 2018). Золотым стандартом лечения опухолей легких и бронхов является оперативное лечение, которое обладает высокой эффективностью. Однако оперативные вмешательства травматичны и имеют риск развития осложнений. В этой связи возникает необходимость во внедрении минимально инвазивных методов оперативного лечения, пациентам с опухолями бронхов, в том числе на фоне тяжелой соматической патологии. **Цель сообщения:** Клинический случай эндобронхиального удаления плоскоклеточного рака правого верхнедолевого бронха у пациента с выраженными нарушениями дыхательных функций. **Материалы и методы:** Пациент 54 лет, по данным КТ: экзофитное образование в области бифуркации верхнедолевого бронха справа, диаметром 4-7мм. Фибронбронхоскопия: экзофитное образование диаметром до 7мм в области бифуркации правого верхнедолевого бронха, справа, рубцовый стеноз трахеи протяженностью 1,0 см, на уровне 3 кольца трахеи. **Гистологически:** Плоскоклеточная ороговевающая карцинома G2.; cT1acNxсM0 Стадия IA. В анамнезе: множественные трепанации черепа по поводу отогенного гнойного менингоэнцефалита с трахеостомией и последующим формированием рубцового стеноза трахеи в 2001г. Злостный курильщик в течение 40лет. По данным спирогграфии ОФВ1 составляет 45%.. **Результаты:**

Решением консилиума рекомендовано выполнить эндобронхиальную резекцию рака верхнедолевого бронха справа. Трахея интубирована ригидным бронхоскопом Karl Storz 8.5 под ИВЛ с техническими трудностями ввиду наличия рубцовой стриктуры трахеи на расстоянии 5 см от голосовых складок. Бронхоскоп проведен за стриктуру и установлен выше 2 см над кариной. Через тубус ригидного бронхоскопа проведен видеобронхоскоп Olympus BF-1T150. Устье В2 справа обтупировано экзофитной опухолью размерами до 10\12 мм. Выполнена эндобронхиальная резекция опухоли В2 справа по частям диатермической петлей CAPTIVATOR II. Гемостаз- сухо, контроль 5 минут. Выполнена абляция основания опухоли методом АПК в режиме Precise эффект 3. В2 свободно проходима. Пациент был экстубирован через 30 мин после окончания оперативного вмешательства. Вывод: Описанный выше метод эндобронхиальной резекции не может являться заменой «классическим» оперативным вмешательствам, но может являться методом выбора у пациентов с нарушением функции дыхания.

42. Анализ причин ошибочной эндоскопической диагностики

*Суперфин Д.Э, Грачев Г.В,
Камалетдинова Ю.Ю, Смакова А.А,
Нагаев Н.Р, Ахмедов Р.Э, Бочкова Т.В*

Уфа

ГАУЗ РКОД МЗ РБ

Среди видов диагностики эндоскопия занимает особое место: возможность непосредственно визуализировать патологию внутренних органов позиционирует в глазах клинициста и пациента эндоскопическое заключение, как истину в последней инстанции. Однако, как и в любом виде деятельности, по объективным и субъективным причинам возникают ошибки. В настоящее время, когда в нашей стране произошел переход от рассмотрения проблемы медицинских ошибок в этическом и аналитическом свете к экономической, санкционной, судебной и криминальной трактовке, исследование причин неправильной диагностики

обретает особую актуальность. Профессор М.П. Королев определил диагностическую ошибку при эндоскопическом исследовании, как заключение врача-эндоскописта, которое полностью или частично не соответствует патологическим изменениям исследуемого органа и подразделил по характеру диагностического взаимодействия с патологическим субстратом на 4 типа: невыявление, неправильная трактовка, неправильная оценка локализации и размеров, ошибочные тактические действия. В развитие этой классификации мы разделили ошибки по типам: ошибки осмотра: неполный, неадекватный, без использования общедоступных дополнительных методик; ошибки визуализации основной и сопутствующей патологии: наличие (отсутствие), локализация, размер (при расхождении более чем в 2 раза); ошибки интерпретации: характер патологии, описание косвенных подтверждающих характер патологии признаков; ошибки заключения: соответствие описаний патологии современным классификациям, соответствие заключения протоколу, описание осложнений или признаков их угрозы. Из проведенных за 2018 год в эндоскопическом отделении РКОД 10890 рутинных диагностических исследований (ларингоскопия 901 пациент, бронхоскопия 2587, гастродуоденоскопия 4002, колоноскопия 3400 пациентов), 3166 пациентов (29%) проходили предварительно эндоскопическое исследование в других ЛПУ (ларингоскопия 160 пациентов (18%), бронхоскопия 275 (11%), гастродуоденоскопия 1845 (46%), колоноскопия 886 пациентов (26%). Однако только 2505 пациентов (ларингоскопия 120 пациентов, бронхоскопия 225, гастродуоденоскопия 1545, колоноскопия 615 пациентов) имели при себе протокол ранее проведенного исследования, что позволило сравнить его с результатами проведенного в отделении эндоскопии РКОД исследования, выявить ошибки и провести их анализ. Сравнение проводилось по обобщенным видам патологии (или ее отсутствия): норма, воспаление, сосудистое образование, эрозии, язва, парез, фиброз, рубцы, послеожоговые изменения, эктопия, доброкачественное подслизистое образование, злокачественное подслизистое образование, гиперплазия, метаплазия, аденома, рак; осложнений или признаков их возможного возникновения: непроходимый. Были проанализированы причины назначения в РКОД повторного исследования: «уточнение локализации опухоли» 45%, «несоответствие эндоскопического заключения клиническим, рентгенологическим, морфологическим данным» 25%, «отсутствие

верификации» 20% , определения возможности эндоскопического лечения 8%, исключение urgentных осложнений 2%. В результате были за год отмечено 128 случаев ошибочных эндоскопических диагнозов, что составило 4,5% от числа анализируемых пациентов. Случаи были дополнительно распределены по видам исследований и локализациям: ларингоскопия 9 случаев: носоглотка 2, ротоглотка 1, гортань 6; эзофагогастродуоденоскопия 47 случаев: пищевод (включая опухоли гортаноглотки 4) 12, кардия и проксимальная треть желудка 23, средняя и дистальная трети желудка 18, 12-перстная кишка 4 случая; колоноскопия 33 случая: правая половина ободочной кишки 11, левая половина ободочной кишки 22 случая. По результатам анализа видно, что частота ошибок по исследованиям распределяется в порядке убывания: колоноскопия (8%), ларингоскопия (7,4%), бронхоскопия (6%), и гастроскопия (3,7%). Высокая частота ошибок при колоноскопии по выводам, полученным из опроса пациентов и нашего опыта связана с плохой подготовкой, отсутствием седации в необходимых случаях, поспешным и, зачастую, неполным осмотром. Ошибки при ларингоскопии, бронхоскопии определяются поспешным, не привязанным к анатомическим ориентировкам осмотром носоглотки, малым опытом и плохим знанием синтопии гортани и бронхов. При анализе ошибок по локализациям видна высокая доля (18%) при осмотре кардии и верхней\3 желудка. Подробнее типы причин ошибок разобраны в связи с локализациями в таблице 4. Пропуск опухолей носоглотки обусловлен поспешным осмотром без привязки к анатомическим ориентирам, ошибки в ротоглотке, гортани- малым опытом визуализации и дифференцировки кистозных и опухолевых патологий, отсутствием инструментальной пальпации. В гортаноглотке сложная в плане диагностики область - устье пищевода, также отмечаем необходимость осмотра грушевидных синусов при гастроскопии. В пищеводе ошибки вызваны поспешным осмотром без детализации замеченной патологии. При осмотре кардии, проксимального отдела желудка без применения инверсии не замечаются опухоли до 6 см. В теле желудка- тщательный осмотр слизистой, в т.ч при аспирации воздуха для исключения эндофитного рака. Осмотр толстой кишки должен проводится только после качественной подготовки, качество осмотра и гарантированность полного осмотра повышаются при внутривенной седации. Таким образом, анализ причин ошибок, выявление наиболее типичных позволяет наметить меры по

улучшению качества первичной эндоскопической диагностики: адекватная подготовка органа к исследованию и применение внутривенной седации, стандартизация осмотра с применением обязательных позиций.

43. Первые результаты пилотного проекта скрининга колоректального рака в Республике Башкортостан

*Камалетдинова Ю.Ю., Аюпов Р.Т.,
Закирова Л.К., Ахмедов Р.Э., Бочкова Т.В.,
Гарипов Р.Ф., Грачев Г.В., Сафуанов А.А.,
Смакова А.А., Суперфин Д.Э.,
Хисамутдинова Р.И.*

Уфа

ГАУЗ Республиканский клинический
онкологический диспансер МЗ РБ

Актуальность. Колоректальный рак (КРР) является одной из основных проблем современной системы здравоохранения. По данным ВОЗ, КРР занимает первое место в структуре онкологической заболеваемости в европейском регионе и составляет 471 тыс. новых случаев ежегодно. Смертность от КРР составляет 28,2 на 100 тыс. населения. В России ежегодно регистрируют 60 тыс. новых случаев КРР. В структуре заболеваемости в Республике Башкортостан (РБ) в 2016 году удельный вес КРР составил 12,2%, таким образом, рак толстой и прямой кишки вышел на первое место, опередив рак молочной железы легкого. Цель исследования. Изучить результаты второго этапа скрининга КРР в ГАУЗ Республиканский клинический онкологический диспансер МЗ РБ (ГАУЗ РКОД МЗ РБ) за 2018 год. Материалы и методы. В 2018г. в РБ начал работу пилотный проект по раннему выявлению КРР (Приказ от 20.12.2017 № 3289 МЗ РБ). Скрининг проводился в рамках диспансеризации взрослого населения города Уфы, в возрасте от 49 до 73 лет. Модель скрининга: I этап иммунохимический анализ кала на скрытую кровь, II этап: при положительном анализе теста (выше 50нг/мл), пациент направлялся на скрининговую колоноскопию. Осмотр проводился в эндоскопических отделениях четырех городских клиник

города Уфы. В РКОД было проведено 1034 (22%) колоноскопий из 4698 – общего количества исследований на втором этапе скрининга. Соотношение мужчин и женщин было 1:2. Средний возраст пациентов составил 66 лет. Исследования проводились в амбулаторных условиях. Использовали эндоскопы с высокой разрешающей способностью, с функцией узкоспектрального режима. Полученные результаты. В проведении II этапа скрининга участвовало 6 врачей эндоскопического отделения РКОД. Тотальные колоноскопии были проведены 993(96%) пациентов. Недостаточная подготовка отмечена в 31(3%) случае. Качество подготовки оценивалось по Бостонской шкале. КРР диагностирован в 75(7,3%) случаях, у 478(45%) пациентов были выявлены эпителиальные образования толстой кишки, неспецифический язвенный колит установлен в 5(0,5%) случаях из числа обследованных. PDR – частота выявления эпителиальных образований в отделении эндоскопии РКОД составил 45%. ADR-частота выявления аденом является основным показателем при анализе выявления скрининговых колоноскопий. Наибольший ADR составил 29%, минимальный ADR 11%. Средний ADR по отделению 20%. По локализации эпителиальные образования распределились следующим образом: сигмовидная кишка 41,7%, восходящая ободочная кишка 16,5%, слепая кишка 12,8%, прямая кишка 12,2%, нисходящая ободочная кишка 10,8%, поперечная ободочная кишка 6,0%. Тип опухолевого роста оценивался по Парижской классификации: 0-Is 261(54,6%) случай; 0-Ip 118(24,6%) образований; 0-IIa 84(17%) случай; 0-IIb 15(3,2%) образований. По результатам морфологического исследования: тубулярные аденомы 200(41,8%), ворсинчатые аденомы 124(25,9%), тубуло-ворсинчатые аденомы 65(13,6%), зубчатые аденомы 48(10%), гиперпластический полип 41(8,6%). В условиях РКОД было проведено удаление выявленных образований у 411 пациентов. Эндоскопическая полипэктомия выполнена в 305(74,2%) случаях, эндоскопическая резекция единым блоком 75(18,2%), парциальная эндоскопическая резекция 28(6,8%), эндоскопическая резекция с диссекцией в подслизистом слое у 3(0,7%) пациентов. Обсуждение. По данным канцеро-регистратора в РБ за 2018 год увеличился процент раннего выявления КРР в сравнении с 2017 годом: прямая кишка с 13,7% до 30,6%, ободочная кишка с 2,2% до 34,6%. Выводы. Скрининг КРР влияет на смертность от данного заболевания двумя путями: диагностика раковых заболеваний на ранней, излечимой стадии и выявление и удаление аденом. Увеличение

показателей раннего выявления КРР доказывает эффективность пилотного проекта в г.Уфа.

44. Флегмоны шеи, осложненные медиастинитом у пациентов сахарным диабетом

*Столяров С.И. (1), Григорьев В.Л. (2),
Данилов В.В. (3)*

Чебоксары

БУ "Республиканская клиническая больница" (1),
ГАУ ДПО "Институт усовершенствования врачей"
Минздрава Чувашии (2), БУ "Больница скорой
медицинской помощи" (3)

Прогрессирующее течение флегмон шеи (ФШ) на фоне сопутствующих заболеваний с развитием тяжелых осложнений остается актуальной проблемой гнойной хирургии. Тонзиллогенные и одонтогенные ФШ на фоне сахарного диабета (СД) могут осложниться молниеносным распространением гнойного процесса на средостение с развитием полиорганной недостаточности. При гнойном процессе происходит инактивация эндогенного или экзогенного инсулина (1 мл гноя инактивирует 10-15 Ед инсулина), что приводит к усугублению расстройств обмена веществ. С развитием декомпенсации СД происходит утяжеление пациента. Важность вопроса можно объяснить двумя причинами: сам ГМ, как один из наиболее опасных и тяжелых хирургических заболеваний не является до конца решенной проблемой; во-вторых, у больных СД течение ГМ имеет специфические особенности и сопровождается достаточно высокой летальностью. Цель: провести анализ результатов хирургического лечения больных ГМ страдавших СД. Материал и методы: за период 1985 – 2018 г.г. в БУ «Республиканская клиническая больница» лечились 7 пациентов (3 мужчин и 4 женщины) с ГМ на фоне СД 2 типа (у двоих СД был выявлен впервые) в возрасте от 58 до 76 лет. Они составили 2,3% среди всех больных с ГМ (n=221) лечившихся в БУ «РКБ», 5,1% среди пациентов с вторичным ГМ (n=91). Сроки поступления пациентов в стационар с начала заболевания от 3 до 14 суток. ГМ тонзиллогенного

происхождения наблюдался у 4, одонтогенного – у троих. Кроме СД у всех пациентов имелась дополнительная патология: ИБС, постинфарктный кардиосклероз у 4, гипертоническая болезнь, ожирение 3 степени у 3. При поступлении пациенты предъявляли жалобы на слабость (n=7), затрудненное глотание (n=5), субфебрильную температуру (n=6). У всех болевой синдром отсутствовал. В двух случаях ФШ кроме распространения в средостение распространилась на левую половину грудной стенки. Тахикардия свыше 100 ударов в минуту наблюдалась у 1. По картине крови у 3 наблюдалась лейкопения ниже $3,6 \cdot 10^9/\text{л}$, у троих лейкоцитоз $11,1 \cdot 10^9/\text{л}$, $19,7 \cdot 10^9/\text{л}$, $20,7 \cdot 10^9/\text{л}$, у одного до $30 \cdot 10^9/\text{л}$. У всех имелись сдвиг лейкоформулы влево, ускоренное СОЭ. Токсическая зернистость нейтрофилов отмечена у 5. Лейкоцитарный индекс интоксикации (ЛИИ) составил от 5,4 усл.ед. до 28,7. Белок в моче обнаружен у 6. У 5 отмечено повышение уровня мочевины от 10,1 до 36 ммоль/л, креатинина от 105 до 368 мкмоль/л. Уровень сахара крови при поступлении колебался от 9,8 до 15,6 ммоль/л. На обзорных рентгенограммах расширение тени средостения отмечено у двоих пациентов. После дообследования и предоперационной подготовки в условиях реанимационного отделения пациенты были оперированы. Использован внеплевральный доступ - чрезшейная медиастиномия по Разумовскому. Верхний передний и задний медиастинит диагностирован у 5, верхний передний у 2. Из гнойного очага синегнойная палочка обнаружена у 3, энтерококк у 2, гемолитический стрептококк у 2. После операции проводилась интенсивная антибактериальная, дезинтоксикационная терапия, инсулин вводился по гликемии. Из экстракорпоральных методов детоксикации у троих проведена непрямая электрохимическая детоксикация организма с применением раствора гипохлорита натрия. В одном случае проведен сеанс гемодиализа. Результаты. Умерло 2 пациента (на 1-е сутки послеоперационного периода с тонзиллогенным ГМ и на 4-е сутки с одонтогенным). Сроки их поступления на 10 и 14 сутки с момента начала заболевания (уровень ЛИИ при поступлении 12,4 и 26,7 усл.ед.). На вскрытии в обоих случаях имелось прогрессирование медиастинита с развитием сепсиса (двусторонняя деструктивная пневмония, множественные абсцессы печени), полиорганной недостаточности, ТЭЛА мелких ветвей. Летальность составила 28,6%. Среднее пребывание в стационаре выписанных пациентов - $40,1 \pm 0,3$ дня. Выводы. Таким образом, у больных СД характерно более

длительное, стертое течение причинного первичного гнойного процесса с быстрым, внезапным развитием ГМ, сепсиса и полиорганной недостаточности параллельно с декомпенсацией СД. У больных СД распространенные формы медиастинита встречаются чаще, чем среди больных без диабета с аналогичными причинами медиастинита.

45.Рейтинг лечебных учреждений и оптимальной хирургической тактики лечения пациентов с острым панкреатитом

*Козлов В.А. (1), Козлов И.В.(2),
Тырсин Н.А. (3), Попов В.П. (2),
Левчик Е.Ю. (2), Воронков М.Ю. (2)*

Екатеринбург

УГМУ (1), МЗСО (2), УрФУ (3)

Состояние вопроса: результаты лечения пациентов с острым панкреатитом (ОП) определяют: время выполнения оперативного лечения и используемые хирургические технологии. Данные «Информационно - аналитического сборника» за 2017 год, изданного Национальным медицинским центром хирургии им. А.В.Вишневского (ИАС), дают возможность оценить состояние вопроса, провести оценку своих результатов в сравнении с данными по Российской Федерации (РФ), Федеральным округам (ФО) и регионам РФ. Большинство хирургов выполняют Национальные клинические рекомендации: не оперировать пациентов с тяжелым ОП в ранние сроки, до формирования отграниченных жидкостных скоплений. В ЦГКБ № 1 г. Екатеринбурга хирургическая тактика значительно отличается. При тяжелом панкреатите, с вовлечением в процесс брюшинной клетчатки, в ранние сроки проводится бурсооментоскопия, абдоминализация поджелудочной железы, для прерывания патологического процесса. Цель работы: определение рейтинга лечебных учреждений и хирургической тактики лечения ОП. Материалы и методы: «Информационно - аналитический сборник» Национального медицинского центра хирургии им. А.В.Вишневского (ИАС), отчеты главных хирургов

Федеральных округов (ФО), Управления Здравоохранения Администрации города Екатеринбурга. Полученные результаты и их обсуждение. По данным «ИАС» в 2017 г. в РФ поступило 155567 пациентов с ОП, умерло 4234 пациентов (2,7%), оперировано 17352 пациентов (11,15%), умерло из них 2672 человек (15,4%). В восьми ФО послеоперационная активность меняется от 6,5% до 19,7%, а послеоперационная летальность колеблется от 9,1% до 23,9% и в среднем составила 15,4%. Уральский ФО с показателем послеоперационной летальности 9,1% занимает 1-е место. В УрФО поступило 7787 пациентов с ОП, из них умерло 247 (3,2%), прооперировано 1533 (19,7%), умерло 140 (9,1%). Худшие результаты в Приволжском ФО: поступило 32532 пациентов с ОП, умерло 963 (3,0%), оперировано пациентов с ОП 2646 (8,1%), из них умерло 632 (23,9%). Из 6 регионов, входящих в состав УрФО, лучшие показатели в Свердловской области: поступило 1201 пациент с ОП, из них умерло 54 (4,5%), оперировано 944 пациентов (78,6%), из них умерло 22 (2,3%). Худшие результаты в Челябинской области: поступило 2692 пациентов с ОП, из них умерло 104 (3,9%), оперировано 282 (9,7%), из них умерло 60 (22,9%). Таким образом, в РФ по показателю послеоперационной летальности УрФО занимает 1-е место. Обращает внимание крайне агрессивная тактика лечения пациентов с ОП, что не соответствует положениям Национальных клинических рекомендаций. В городе Екатеринбурге неотложную хирургическую помощь оказывают 5 лечебных учреждений. За период с 2015 по 2018 год в г. Екатеринбурге было госпитализировано 9689 пациентов с ОП, оперировано 1197 (12,4%), из них умерло 154 (16,3%). Лучшие результаты в ЦГБ № 1: поступило 2346 пациентов с ОП, оперировано 268 (11,4%), из них умерло 24 (11,2%). Худшие в ЦГБ № 20: поступило 1263 пациентов с ОП, из них оперировано 74 (5,9%), из них умерло 16 пациентов (23,2%). Выводы: Цифры оперативной активности, послеоперационной и общей летальности отличаются в разы. Лучшие результаты дают патогенетически обоснованные операции, выполненные в ранние сроки, направленные на прерывание патологического процесса.

46. Результаты лечения больных распространенным перитонитом, осложненным абдоминальным сепсисом и септическим шоком

*Хмельёв М.С., Деревянко Е.В.,
Клевакин Э.Л., Прудков М.И.*

Екатеринбург

МАУ ГКБ №14

Больные распространенным перитонитом, осложненным абдоминальным сепсисом и септическим шоком, представляют наиболее сложную группу для лечения. В период с августа 2018 года по август 2019 года в МАУ ГКБ №14 госпитализированы 15 больных перитонитом с развёрнутой клиникой септического шока (стойкое снижение САД < 65 мм рт.ст., потребность в вазопрессорной поддержке, уровень лактата крови >2 ммоль/л). Из них 4 больных погибли от рефрактерного септического шока течение 2-х часов с момента поступления, не дожив до операции. Остальных 11 больных после короткой предоперационной подготовки (средняя продолжительность 130 минут) оперировали в минимальном объеме (средняя продолжительность операции 58 минут). Операции заключались в отграничении или устранении (когда это было возможно) источника перитонита с последующим открытым ведением брюшной полости, предусматривающим этапные ревизии и санации брюшной полости. В течение 48 часов после операции выжили 3 больных. У всех больных, переживших после операции 48 часов, перитонит был купирован. Выздоровление наступило в 2 случаях. Пристального внимания заслуживает другая группа больных (23 случая), у которых при поступлении в приемный покой стационара клиники септического шока не было, но который развился в периоперационном периоде (во время предоперационной подготовки - 2 случая, во время операции - 7 случаев, в раннем послеоперационном периоде - 14 случаев). Мы определили предикторы развития шока у данной группы больных: гипотония, купированная инфузионной терапией на догоспитальном этапе без применения вазопрессоров (2 случая), повышение уровня лактата крови более 2,2 ммоль/л (15 случаев), субнормальные показатели САД (65 – 75 мм рт.ст.), при наличии артериальной гипертензии 2-3 ст в анамнезе (4 случая), длительность заболевания более 48 часов (6 случаев). Среднее время предоперационной подготовки в данной группе

составило 260 минут. Попытку одномоментного оперативного вмешательства (устранение источника перитонита, одноэтапная санация брюшной полости, закрытие живота) выполнили у 4 больных с последующей 100% летальностью. Остальных 19 пациентов оперировали в минимальном объеме с открытым дренированием и последующими этапными ревизиями и санациями брюшной полости. Средняя длительность операции составила 78 минут. В течение 48 часов выжило 9 больных. Перитонит удалось купировать в 6 случаях. Выздоровление наступило в 4 случаях. Заключение: Отсутствие клиники септического шока у больных перитонитом с абдоминальным сепсисом при поступлении в стационар не всегда отражает истинную тяжесть их состояния. Летальность в такой группе больных схожа с летальностью в группе больных перитонитом с исходным наличием септического шока. При выборе хирургической тактики таким больным следует ориентироваться на предикторы развития септического шока. При наличии предикторов развития септического шока при поступлении у больных перитонитом с абдоминальным сепсисом без развернутой клиники шока, целесообразно применять хирургическую тактику, аналогичную применяемой в отношении больных с исходным наличием шока. Такая тактика предусматривает ограничение продолжительности предоперационной подготовки, минимизацию объема оперативного вмешательства с открытым ведением брюшной полости и запрограммированными этапными санациями. Использование данной тактики позволяет у части больных достичь купирования перитонита и выздоровления.

47. Гибридные хирургические вмешательства в лечении холецистохоледохолитиаза, осложненного холангитом и билиарным сепсисом

*Корольков А.Ю., Попов Д.Н., Смирнов А.А.,
Саадулаева М.М., Танцев А.О., Китаева М.А.,
Никитина Т.О.*

Санкт-Петербург

ФГБОУ ВО ПСПбГМУ им.акад. И.П.Павлова

Введение. Среди всех вариантов течения желчекаменной болезни холецистохоледохолитиаз, осложненный холангитом и билиарным сепсисом является наиболее трудным в плане формирования лечебно-диагностического алгоритма. На сегодняшний день гибридные хирургические технологии являются одним из ключевых моментов на пути к улучшению результатов лечения у данной категории больных. Цель. Улучшить результаты лечения пациентов с холецистохоледохолитиазом, осложненным холангитом и билиарным сепсисом. Материалы и методы. С 2015 по 2018 г. в клинике НИИ Хирургии и неотложной медицины ПСПбГМУ им. акад. И.П.Павлова было пролечено 126 пациентов с острым холециститом и холангитом, а также с острым холециститом и билиарным сепсисом, резвившимися на фоне холецистохоледохолитиаза. Выполнялись следующие виды гибридных операций: одномоментная лапароскопическая холецистэктомия с эндоскопической папиллосфинктеротомией и литоэкстракцией (ЛХЭ+ЭПСТ), одномоментная ЛХЭ с ЭПСТ по методике «Рандеву» и литоэкстракцией (ЛХЭ+Р-ЭПСТ) и одномоментная ЛХЭ с лапароскопической холедохолитотомией, чрезтравматической фиброхоледохоскопией и литоэкстракцией (ЛХЭ+ЛХЛТ). По результатам лечения были проанализированы следующие показатели: частота и характер послеоперационных осложнений, общее время операции, тотальность литоэкстракции, частота конверсий, летальность, длительность койко-дня, экономические затраты. Статистический анализ полученных данных проводился в программе SPSS Statistics ver.23, для определения статистической значимости различия использовался t-критерий Стьюдента ($p < 0,05$). Результаты. Острый холангит был диагностирован у 101 больного (80,2%), билиарный сепсис – у 25 (19,8%). Первым этапом было выполнено рандомизированное исследование среди 63 больных, по результатам которого имелись

достаточно высокие показатели частоты послеоперационных осложнений и летальности во всех трех группах. После детального разбора каждого случая лечения для каждой из методик был определен спектр показаний: ЛХЭ+ЭПСТ и ЛХЭ+Р-ЭПСТ – единичные конкременты размерами менее 1 см и диаметр холедоха менее 1 см; ЛХЭ+ЛХЛТ – множественные конкременты или единичные размерами более 1 см и расширение холедоха более 1 см. Для оценки их эффективности было проведено повторное исследование, в ходе которого в каждой группе был выполнен сравнительный анализ полученных данных до определения показаний для выполнения каждой методики и после. В группах ЛХЭ+ЭПСТ и ЛХЭ+Р-ЭПСТ статистически достоверно уменьшилось общее время операции, повысилась тотальность литоэкстракции, снизилась частота послеоперационных осложнений и летальность, а также койко-день и экономические затраты на лечение. При множественном холедохолитиазе, размере конкрементов более 1 см и расширении холедоха более 1 см отмечалась большая эффективность одномоментной ЛХЭ+ЛХЛТ по сравнению с аналогичной группой пациентов, которым выполнялось эндоскопическое вмешательство, ввиду меньшей вероятности интраоперационной конверсии, большей тотальности литоэкстракции, меньшей частоты послеоперационных осложнений, летальности, длительности койко-дня и экономических затрат на лечение. Также было отмечено, что использование методики «Рандеву» достоверно сопровождается меньшей вероятностью возникновения в послеоперационном периоде острого панкреатита и летальностью в результате развития тяжелой его формы, а также снижением стоимости лечения. Выводы: При развитии на фоне холецистохоледохолитиаза острого холецистита, холангита и билиарного сепсиса показано выполнение одномоментных гибридных хирургических вмешательств. В случае множественного холедохолитиаза или при наличии единичных конкрементов размерами более 1 см и расширении холедоха более 1 см показано выполнение одномоментной ЛХЭ+ЛХЛТ. При наличии единичных конкрементов размерами до 1 см и диаметре холедоха менее 1 см следует выполнять одномоментную ЛХЭ и эндоскопическую санацию билиарного тракта, при этом при выполнении ЭПСТ стоит отдавать предпочтение использованию метода «Рандеву».

48. Всегда ли вознаграждение в здравоохранении есть преступление?

Р.В. Мянконький (1), К.О. Каплунов (2)

Волгоград

ГБУЗ Волгоградская областная
клиническая больница № 3 (1),
Волгоградский государственный
медицинский университет (2)

Коррупция была и остается одной из глобальных проблем, стоящих перед мировым сообществом. Это понятие фигурирует в нашей повседневной жизни достаточно часто. Коррупция (от лат. corrumpere «растлевать», лат. corruptio «подкуп, продажность; порча, разложение; растление») – термин, обозначающий использование должностным лицом своих властных полномочий и доверенных ему прав, а также связанных с этим официальным статусом авторитета, возможностей, связей в целях личной выгоды, противоречащее законодательству и моральным установкам. Это явление пронизывает все сферы жизнедеятельности общества, в том числе и здравоохранение. Уровень коррупции в России, на сегодняшний день продолжает оставаться на достаточно высоком уровне, в том числе в здравоохранении. В опубликованном 10 лет назад докладе Transparency International отмечалось возрастание уровня коррупции в России (Российская коррупция: мы видим, платим и молчим. Пресс-релиз Центра антикоррупционных исследований и инициатив «Трансперенси Интернешнл - Р» //www.transparency.org.ru). Коррупция в здравоохранении с 2009 г. стала предметом внимания Аналитического управления аппарата Совета Федерации РФ (Бочарников И.В. О коррупции в здравоохранении // Аналитический вестник Совета Федерации № 14 (381) финансы здравоохранения: платить за здоровье или за лечение? - С. 24 - 30). По данным официальных источников, система здравоохранения занимает пятое место среди наиболее коррумпированных сфер и институтов общества. Коррупция как социальное явление активно присутствует в различных сферах жизни общества: политической, экономической и социальной. Принято выделять три вида коррупции, которые могут отличаться характером коррупционных связей участников, а также тем, в какой форме будет представлена выгода для каждого из акторов: денежные средства, ценные бумаги, услуга, имущество. - социальная

коррупция (бытовая); - экономическая коррупция (деловая); - политическая коррупция (государственная). Взяточничество на уровне взаимодействия бюджетных служащих и населения является наиболее низким уровнем коррупционной цепи и с большей частотой проявляется в таких социально значимых областях как здравоохранение, образование, жилищно-коммунальное хозяйство, социальное обеспечение, охрана правопорядка, суды. Несмотря на то, что бытовая коррупция не наносит большого урона экономике регионов РФ и страны в целом, она способствует деморализации общества, подрывает доверие граждан к деятельности органов власти различного уровня, в том числе к работникам здравоохранения. По статистике, приведенной председателем Верховного суда РФ В.М. Лебедевым, на 2011 г. число осужденных медиков по коррупционным статьям составило около 22%, по сути, каждый пятый работник здравоохранения. По данным сайта Pasm.ru в 2012 г. за взятку до 500 рублей были наказаны 926 человек, наверняка в этом числе были и медики. В настоящее время привлечение медиков по признакам коррупционных действий является настоящим трендом в структуре отчетности общенациональной борьбы с коррупцией. Необходимо определиться с дефинициями термина «взятка». Согласно статье 290 Уголовного кодекса (УК) РФ «Получение взятки», такое деяние трактуется как: «... получение должностным лицом или через посредника... 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». Из определения понятно, что взятку можно дать только должностному лицу. Важный вопрос: врач – должностное лицо или нет? Интересный факт – понятие «врач» в законодательстве РФ не существует. В статье 2 Федерального закона № 323 от 03.07.2016 г. 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. Разумно предположить, организуя помощь, врач становится должностным лицом. Непосредственно оказывая медицинскую помощь, врач действует как рядовой

специалист организации, то есть не является должностным лицом. На вопрос о врачах и взятках дает разъяснение пленум Верховного суда РФ, который в своем Постановлении № 24 от 09.07.2013 г. «О судебной практике по делам о взяточничестве и об иных коррупционных преступлениях» определил круг должностных обязанностей, за исполнение которых можно обвинить в коррупции. Согласно части 7 указанного Постановления, к взяткам относится плата только за организационно-распорядительные и административно-хозяйственные функции. Таким образом, лечебная деятельность не попадает под данные функции. В сфере здравоохранения коррупционные действия включают подкуп сотрудников регулирующих органов и медицинских работников, подтасовки данных о результатах клинических испытаний лекарственных препаратов, нецелевое использование фармацевтических средств и других ресурсов, коррупцию в сфере государственных закупок, а также выставление завышенных счетов страховым компаниям. Коррупция здесь не сводится лишь к злоупотреблениям, допускаемым государственными служащими, поскольку во многих случаях общество доверяет исполнению важнейших государственных функций в сфере здравоохранения частным хозяйствующим субъектам. В тех случаях, когда в результате недобросовестных действий обогащается руководящий состав больниц, страховщики, врачи, или руководители фармацевтических компаний, формально они не злоупотребляют своим служебным положением. Однако они злоупотребляют вверенными им полномочиями и расхищают ценные ресурсы, которые необходимы для развития здравоохранения. Коррупция в здравоохранении должна рассматриваться как продукт неправильного позиционирования интересов в общественных отношениях. Transparency International определяет коррупцию как «злоупотребление вверенными полномочиями в целях достижения личной выгоды», другими словами коррупция — это использование занимаемой позиции в личных целях. Она считается одним из основных видов теневой экономики, которая развивается вне государственного учета и контроля, а потому не отражается в официальной статистике. Как показали М. Шпихтиг и К. Трэкслер, на повышение риска использования коррупции в той или иной конкретной ситуации влияет наличие трех условий: - высокая важность предсказуемого результата; - низкая возможность предсказать результат; - низкие санкции в случае «проигрыша» в коррупционной сделке. Можно очертить

следующие критические условия для возникновения коррупции в сфере здравоохранения, где ценность результата и его непредсказуемость весьма велики. При этом инициатором коррупции зачастую выступают сами пациенты или их родственники. Причина кроется в следующем: - важность результата — высокая и зависит от полученных знаний и умений врача; - возможность предсказать результат — относительно низкая, она зависит как от лечащего врача или группы его коллег (врачебной комиссии), так и от индивидуальных анатомо-физиологических особенностей пациента; - санкции в случае «проигрыша» — низкие, уголовно-правовое преследование пациентов за дачу взятки (вознаграждение) в России практически не производится, внутренние санкции (совесть) также крайне низкие. При этом, говоря о коррупции, пациенты чаще всего считают виновным в ней врача, не отказавшегося от благодарности. Таким образом, для пациента и его родственников вероятность стать участниками коррупционной практики довольно высока. По сути, они действительно часто склонны «решать проблемы» с помощью вознаграждения, что делает сделку более приемлемой для ее агента (врача). По этой причине ключевую роль в принятии решения о вознаграждении играет пациент, а врач чаще всего априори готов согласиться, расценивая полученное вознаграждение как благодарность. В 2014 г. Фондом «Институт экономических и социальных исследований» (ИЭСИ), по заказу Администрации Волгоградской области было проведено масштабное по выборке (n=4500) исследование распространенности коррупции на территории Волгоградского региона. Результаты проведенной работы выявили, что в общественном сознании коррупция представляется в двух формах – бытовой и административной. В первом случае речь идет о стремлении граждан прибегать к неформальным практикам при решении тех или иных вопросов (благодарность врачу, подарок учителю и т.д.). 11,9% респондентов этого исследования сталкивались сами или слышали от знакомых и родственников о фактах вымогательства вознаграждения. Согласно анализу серии интервью экспертов ИЭСИ, ключевой причиной распространения коррупции в бюджетной сфере является низкий уровень оплаты труда сотрудников. По результатам выявления и ранжирования по степени убывания коррупционных сегментов региона, в общественном мнении коррупционная деятельность наиболее распространена в сфере здравоохранения, занявшая первое место (39%) в составленном рейтинге. В большей степени этим

обстоятельством озабочены представители старшего поколения и граждане с низким уровнем материальной обеспеченности. Четырех летний уровень коррупции в сфере здравоохранения Волгоградской области по данным фонда ИЭСИ в хронологии был представлен следующим образом: 2011 г. - 49,2% (проинтервьюировано – 1500 респондентов), 2012 г. - 38,9% (проинтервьюировано – 2500 респондентов), 2013 г. - 35,3% (проинтервьюировано – 4500 респондентов), 2014 г. - 39 % (проинтервьюировано – 2500 респондентов). В период с 2015 по 2019 гг. подобные масштабные исследования не проводились, какой-либо статистики в открытых источниках нами не найдено. На I съезде хирургов Центрального федерального округа, прошедшем 2017 г. в Рязани, нами представлен доклад, в котором была приведена статистика анонимного опроса 32 хирургов (Р.В. Мяконький, К.О. Каплунов. К вопросу взяткоемкости хирургических специальностей в медицине // Альманах Института хирургии им. А.В. Вишневского №2/2017 – С. 206 - 208). Обобщенные результаты выглядят следующим образом. Почти все врачи (96,9%) указали, что хотя бы однажды принимали «подарки» от своих пациентов, стоимостью более 3 000 рублей. 59,4% респондентов считали принятие дорогостоящих подарков от пациентов наказуемым деянием. При ответе на вопрос о наиболее взяткоемкой отрасли народного хозяйства, большинство врачей указали органы полиции (78,1%), далее медицина и образование – 59,3% и 53,1% соответственно (сумма ответов превышает 100%, т.к. предлагалось отметить несколько вариантов ответов). Отвечая на вопрос о причинах, заставляющих медицинского работника получать дополнительное вознаграждение за свой труд, почти все респонденты (93,8%) отметили низкий уровень официальной зарплаты, мотивирующий врача на поиск новых методов заработка. При этом большинство хирургов (68,8%), понимают целесообразность профилактических мер, направленных на предотвращение коррупционной составляющей медицинской профессии. Стоит подчеркнуть, проведение исследований, касающихся «теневых» сторон в медицине представляется весьма сложной задачей, поскольку целевая аудитория не охотно принимает в них участие, что в свою очередь, делает практически невозможным получение достоверных статистических данных. В сентябре 2019 г. на базе ГБУЗ Волгоградская клиническая больница № 3 нами было проведено простое добровольное анонимное анкетирование, в котором приняло участие 104 респондента в возрасте от 23 до 78 лет.

В результате уровень коррупции в здравоохранении региона респондентами был отмечен в 25,7%, что несколько ниже опубликованных ИЭСИ данных. Стоит отметить, что в сфере здравоохранения, по мнению абсолютного большинства респондентов, идет речь об относительно небольшом размере подношений. При этом, очень часто сами граждане выступают их инициаторами, желая, например, отблагодарить врача за качественно оказанную помощь. Считаем уместными привести одну из стенограмм, довольно предметно характеризующую происходящее в сфере здравоохранения: «У нас ходит такая статистика, что самые грустные сферы – это здравоохранение и образование. Мне смешно. Это бытовая коррупция. Взятки 3, 5, 10 тысяч рублей. Ну, берут эти врачи, хирурги, но это не та часть коррупции, которая тормозит развитие общества. Те же врачи и педагоги добивают то, что должно им давать государство в счет оплаты труда, то, что они не получают за реальный труд». На основе имеющихся открытых публикаций и проведенного авторского исследования можно определить факторы, влияющие на распространенность коррупции в современном практическом здравоохранении. 1. Фундаментальные первичные институциональные причины и их последствия. Широкое распространение коррупции за пределами сферы здравоохранения, зачастую умение договориться и дать взятку ставится в заслугу. Кроме того, усиление экономического давления на государственный сектор медицины, выражающийся в преобладании коммерческих соображений. Не последнюю роль играет низкий уровень оплаты труда врачей и их низкий статус в обществе. Социальная незащищенность и страх потери работы в связи с сокращением и усиливающимися требованиями к врачу-профессионалу – все это подталкивает медиков к нарушению этических норм. Складывается ситуация, когда в сфере практического здравоохранения становится невозможной реализация основных фундаментальных принципов медицины: передачи структурированного профессионального опыта и социализации по принципу «социального лифта». В результате механизм социального контроля уходит, и на его месте формируется механизм рыночный, действующий не на воспроизводство традиции, а на сокращение издержек. 2. Вторичные институциональные причины. К ним относится сложившийся в отдельно взятом медицинском сообществе нормативный повседневный порядок, основанный по принципу «так делают все». Этот порядок связывает всех участников процесса:

пациентов и их родственников, врачей, руководителей медучреждения, чиновников сферы здравоохранения и надзорных органов. 3. Индивидуальные причины. Они связаны, прежде всего, с социально-психологическими особенностями индивида. Логично предположить, что такие негативные привычки и черты индивидов, как недостаточный самоконтроль, недобросовестность, негативная девиация и т.п., могут рассматриваться как увеличивающие вышеуказанные надиндивидуальные коррупционные факторы. По мнению опрошенных нами врачей в медицине на сегодняшний день имеет место не сама коррупция как таковая, а феномены, с ней сходные. Безусловно, данные негативные тенденции требуют решения, поскольку являются одновременными социальными факторами риска для врача и пациента. Так 86,7% респондентов согласны с мнением, что требуется повысить материальный и иной статус нынешнего рядового «коррупционера» от медицины с адекватным и более значимым повышением его ответственности за совершение коррупционных действий, чтобы материальные и социальные выгоды от добросовестного поведения были выше отрицательных последствий коррупционного деяния. Считаем справедливым мнение В.С. Мартыанова, пришедшего к выводу, что ключевая проблема в том, что расплывчатые и двусмысленные правила противодействия коррупции, особенно массовой и низовой, по умолчанию задает российское государство, так как нормативные требования законов в современной России серьезно расходятся с реальной жизнью. К примеру, фактический норматив прожиточного минимума, установленный государством, направлен на обеспечение физического выживания и не относится к минимальному уровню социального благополучия. В контексте идеи обеспечения социальной справедливости эффективное противодействие коррупции путем роста оплаты труда и повышения минимального гарантированного уровня доходов должно быть произведено не только по социально-экономическим, но и по этическим соображениям. В таком случае, использовать низовые коррупционные практики, связанные с выживанием и получением негарантированных обществом базовых благ, будет не только незаконно, но и что не менее важно аморально в глазах общества. Признавая необходимость проведения профилактических антикоррупционных мероприятий, медики вынуждены принимать подарки от пациентов, не имея достаточно высокого официального заработка. Вариантом решения

данной проблемы может быть не только увеличение базового оклада заработной платы, например, начинающему хирургу, но и повышение престижности медицинской специальности в целом путем усиления социальной защищенности врача (льготы на ЖКХ, проезд в общественном транспорте, санаторно-курортное лечение и т.п.). Кроме начавшихся под эгидой Российского общества хирургов (РОХ) мероприятий по юридической защите хирургов (членов РОХ) по делам о «врачебных ошибках», необходима целенаправленная работа по просвещению хирургического сообщества, в которой будут даваться разъяснения профессиональных юристов и адвокатов, а также предлагаться варианты, определяющие поведение хирурга в кризисной ситуации по вопросам коррупционного преследования.

49. Острый панкреатит – системная хирургическая проблема

*Чернов В.Ф., Радченко С.А.,
Курапова В.В., Зяблов А.Н.*

Курган

Курганская областная клиническая больница

На протяжении последнего десятилетия, в сравнении с предшествующим, на территории Курганской области наблюдается рост заболеваемости острым панкреатитом среди взрослого населения на 20,4%. Достоверность данного явления подтверждается не только клиническими наблюдениями, но и данными других методов диагностики, которые с большей вероятностью можно отнести к объективным (УЗИ, КТ, биохимические показатели и др.). За период с 2014 по 2018 гг. в стационарах было пролечено 3880 больных острым панкреатитом, из них доля лиц старше трудоспособного возраста составила 38,8% (1507 чел.). Общая летальность от острого панкреатита составила 3,8% (148 чел.), в группе старше трудоспособного возраста – практически идентична - 3,8% (57 чел.). В то же время послеоперационная летальность в более возрастной группе заметно возрастает и достигает 32,9% (в

сравнении с группой молодого и среднего возраста - 14,3%). Общая летальность от острого панкреатита в медицинских организациях разного уровня трудно сопоставима. Существенное различие отмечается в летальности после операции. В специализированном отделении областного уровня она в 2,5 – 3 раза меньше, достигая 4,7%. Анализ заболеваемости и лечения острого панкреатита в регионе свидетельствует о системности проблемы. Несомненно выявляется связь заболевания с злоупотреблением алкоголем в группе до 55 лет (до 50%) и наличие желчнокаменной болезни у лиц старше трудоспособного возраста (до 36%), что диктует необходимость соответствующих мер профилактики острого панкреатита. Остается нерешенной проблема поиска более эффективных мер лечения в начальной стадии острой деструктивной фазы заболевания и ограничение зоны поражения поджелудочной железы и других органов. Становится понятной маршрутизация больных с вектором на специализированное хирургическое отделение областного уровня, где опыт лечения больных с панкреонекрозом наиболее высок, а диапазон диагностических и оперативных пособий значительно шире и более индивидуализирован.

50. Современные принципы лечения осложненных форм некротизирующего панкреатита

*Талипов Р.Т., Браилко А.А.,
Екатеринин С.В., Чубатов Л.И.*

Челябинск

ГБУЗ ОКБ № 3

Нами за период 2018 г. и 9 месяцев 2019 г., было пролечено было 329 больных с острым панкреатитом (ОП), из них оперировано 57 (17%). В основу принципов оказания помощи пациентам с ОП приняты протоколы лечения больных с ОП в УрФО (2013) и НКР по ОП (2015). Всем пациентам с ОП при госпитализации в стационар проводили УЗИ брюшной полости (100%). При подозрении на деструктивные формы заболевания осуществляли мультиспиральную компьютерную томографию. При

сочетании ОП с патологией желчевыводящих путей выполняли МР-холангиографию. При такой реализуемой диагностической программе некротизирующие формы ОП были выявлены у 71 человека (21,6%). Все они были госпитализированы в отделение реанимации и интенсивной терапии, где им на фоне постоянного контроля жизненно важных констант, осуществляли системное консервативное лечение. Если оно было не эффективным, что было обусловлено возникновением различных осложнений стерильного некротизирующего панкреатита : ферментативный перитонит был у 11 человек , парапанкреальный инфильтрат у 25, псевдокиста у 5, постнекротическая киста у 1 пациента, то следующим шагом было использование ранних (в первые 3-5 суток) инвазивных вмешательств: установка дренажей под УЗ-наведением . Лечебные лапароскопии с прямой оментобурсо- и панкреатоскопией, дренированием брюшной полости и сальниковой сумки при стерильных формах деструктивного панкреатита, были выполнены у 48 пациентов (67, 6%). При возникновении локальных гнойных осложнений у 23 больных (32,4%) выполняли их вскрытие и дренирование из мини-лапаротомных и мини-люмботомных доступов. У больных с острыми жидкостными образованиями выполняли эндоскопические гастроцистостомии. У остальных пациентов, не смотря на проводимую терапию, воспалительный процесс в поджелудочной железе прогрессировал. Чаще всего, отмечали такие гнойные осложнения ОП: флегмоны парапанкреатической клетчатки у 14 больных, абсцессы различной локализации у 14, гнойный перитонит у 8, механическая желтуха у 10, паренхиматозная желтуха у 5, некроз стенки 12перстной кишки у 2 человек. Синдром полиорганной недостаточности присутствовал у 27 пациентов, прочие внеорганные осложнения зафиксированы у 12 больных. При возникновении гнойно-некротических парапанкреатитов и флегмон левой половины забрюшинного пространства выполняли срединную лапаротомию. Объем вмешательства у таких больных заключался в некр-секвестрэктомии, санации и дренировании сальниковой сумки и, при необходимости, забрюшинной клетчатки. При установке дренажей в сальниковую сумку отдавали предпочтение двум путям их установления : для дренирования забрюшинной клетчатки, левого параколona через левую пояснично-фланговую область. Еще два дренажа устанавливали в сальниковой сумке вдоль тела и хвоста поджелудочной железы , выводимых

в пупочной области справа от срединной линии. Описанная схема дренирования зон патологических процессов позволяло промывать области воспаления с точным определением количества вводимой и выводимой жидкостей. При имеющейся картине гнойного перитонита через лапаротомный доступ осуществляли некр-секвестрэктомии тканей поджелудочной железы и парапанкреатической клетчатки , санацию и дренирование брюшной полости. При имеющейся дилатации кишечника, отсутствия перистальтики - выполняли интубацию тонкой кишки, чаще до уровня в 80-100 см. от дуодено-еюнального перехода. Все боковые отверстия интубационной трубки устанавливали ниже уровня 12перстной кишки. Это позволяло нам использовать установленный зонд для декомпрессии , а в последующем, для стимуляции перистальтики и энтерального питания. В случае некроза и дефекта брыжейки поперечно-ободочной кишки, эта же трубка являлась каркасом, который не позволял попаданию петли тонкой кишки в раскрытую сальниковую сумку. В течение последних двух лет использовали ВАК-дренирование как сальниковой сумки, так и брюшной полости. С учетом высокой стоимости фирменных аппаратов и конструкций для терапии отрицательным давлением (600-800 евро) в своей клинической практике мы использовали самостоятельно сделанные вакуумные повязки (VAC системы). После завершения основных этапов операции полиэтиленовую защитную мембрану (пленку) перфорировали в нескольких местах скальпелем . Затем ее помещали как в полости сальниковой сумки, так над внутренними органами брюшной полости и заправляли под брюшину передней брюшной стенки . После этого, пенополиуретановую стерильную хирургическую губку укладывали на полиэтиленовый лист так , чтобы вся поверхность раны забрюшинной клетчатки и брюшной полости полностью были закрыты. Края губки располагали ниже краев кожи. Два силиконовых дренажа помещали на передней части пенополиуретановую губки . Концы дренажных устройств выводили наружу путем туннелирования под кожей , чтобы они располагались на расстоянии 3 - 5 см от нижнего полюса раны . Активное, и изменяемое при необходимости , отрицательное давление, создаваемое вакуумной системой , сохраняет постоянное дозированное натяжение фасциальных краев раны и одновременно происходит сбор и удаление инфицированного экссудата, мелких секвестров, что позволяло купировать висцеральный отек. Повязки VAC – системы меняли

каждые 1-2-3 дня, а терапию продолжали до тех пор, пока состояние больного не стабилизировалось, когда можно было бы выполнить окончательное закрытие раны брюшной полости. Данную методику использовали у 8 пациентов с тяжелыми формами гнойных осложнений при некротизирующем панкреатите. Широко стали применять экстракорпоральные методы детоксикации: плазмафарез и продленную веновенозную гемодиализацию, показаниями к которым являлась необходимость проведения почечной заместительной терапии. Умерло всего 16 человек, после операций – 12. Общая летальность составила 22,5%, послеоперационная – 27,3%.

51. Вакуум-ассистированная лапаростома в лечении пациентов с распространенным гнойным перитонитом

Матюшин В.С., Ершов Е.Г., Кислицин Д.П., Халилеев А.В., Еременко Н.И., Изотов А.С., Арнаутова К.Н., Колмачевский Н.А., Букирь В.В., Шакиров И.Г.

Ханты-Мансийск

Окружная клиническая больница

Актуальность. В абдоминальной хирургии XXI века остаётся нерешенным вопрос лечения распространенного гнойного перитонита и его осложнений. По современным литературным данным летальность при распространенном гнойном перитоните (РГП) сохраняется на уровне 20-30%, а при появлении абдоминального сепсиса и септического шока может достигать от 40% до 70% и не имеет тенденции к снижению. (Черданцев Д.В. и соавт. 2016; Coccolini F. Et all. 2015; Salman A.E., et all 2014). Современная концепция лечения РГП подразумевает устранение причины и санацию брюшной полости, предпочтительнее с формированием лапаростомы, а также, предупреждение и своевременную терапию осложнений. Вакуум-аспирационное дренирование брюшной полости (ВАД) позволяет улучшить результаты лечения по сравнению с традиционными методами на 20-30%. Материал и методы. В Окружной клинической больнице

г.Ханты-Мансийска с 2013 года для лечения РГП применяется вакуум-аспирационная система VivanoTec® S 042 NPWT фирмы Hartmann (Германия). Проведен ретроспективный анализ результатов лечения РГП. С 2008 по 2018 год пролечено 166 пациентов с РГП, из них 73 пациента – с применением традиционных способов дренирования брюшной полости и методики «открытого живота», у 93 пациентов применялось ВАД. Гендерное распределение: 63 женщины, 103 мужчины. Возраст от 21 до 84 лет, средний возраст – 57,9 лет. Все пациенты были сопоставимы по исходной тяжести состояния (ASA> 3), тяжести состояния по шкале APACHE II. Оценка эффективности проводилась по динамике данных показателей на фоне лечения, а также по оценке уровня летальности. Результаты. Летальность в группе с использованием ВАД составила 37,3 % и оказалась ниже, чем в группе сравнения – 43%. При этом, наблюдалась более активная положительная динамика по тяжести состояния, согласно шкале APACHE II. Средний койко-день по результатам анализа оказался сравнительно одинаковым – 31,5 у пациентов с ВАД и 34,6 у пациентов с традиционной лапаростомой, что, вероятно, обусловлено более быстрым наступлением летального исхода у пациентов без ВАД на фоне осложнений РГП. Выводы. Применение вакуум-аспирационного дренирования брюшной полости является более эффективным методом по сравнению с традиционными способами лечения распространенного гнойного перитонита.

52. Эндоваскулярные методы гемостаза в комплексном лечении кровотечений

Кан П.Б.-Х., Кислицин Д.П., Мизин А.Г., Павлов П.И., Колмачевский Н.А., Кипров Р.Ю., Горгун А.Г., Биногеров А. М., Галимов Р.Р.

Ханты-Мансийск

Окружная клиническая больница

Актуальность: рентгенэндоваскулярные методы диагностики и лечения быстроразвивающаяся специальность, которая занимает новые позиции в разных отраслях медицины. Нередко

рентгенхирургические технологии применяются в неотложных состояниях у больных с острыми кровотечениями из разных анатомических областей. В бассейне чревного ствола и верхней брыжеечной артерии особое внимание представляет довольно редкое и жизнеугрожающее осложнение хронического панкреатита - киста поджелудочной железы, осложненная кровотечением в просвет главного панкреатического протока или в просвет полого органа (Hemosuccus pancreaticus). Особенностью указанного осложнения является трудность в определении источника кровотечения. Источником аррозивного кровотечения в полость кисты чаще является селезеночная артерия, реже - гастродуоденальная, верхняя брыжеечная либо их ветви. Наиболее информативными методами исследования служат спиральная компьютерная томография (СКТ) и ангиография, которая в ряде наблюдений может закончиться эффективной эмболизацией или стентированием артерии, являющейся источником кровотечения в кисту поджелудочной железы. В лечении такого осложнения одним из ведущих методов является эндоваскулярный вариант гемостаза. Так же, в последнее время активно обсуждается техника реанимационной эндоваскулярной временной баллонной окклюзии аорты при массивных кровотечениях. Данный вид вмешательства позволяет добиться успешных результатов в остановке кровотечения. Важными преимуществами являются: малая инвазивность, минимальная травматичность, меньшая частота осложнений, отсутствие необходимости общей анестезии. Все это позволяет применять такие методы лечения у тяжелой группы пациентов. Материалы и методы: Представляем клинические наблюдения у 15 пациентов с Hemosuccus pancreaticus. Гендерное распределение: 3 женщины, 12 мужчин в возрасте от 32 до 60 лет. Кисты на фоне хронического алкогольного панкреатита имели 8 пациентов, постнекротические кисты - 7 пациентов. Локализация в области головки была у 8 пациентов, тела - 5, хвоста - двух пациентов. В диагностике использовали УЗИ, ФГДС, СКТ, ангиографию. У 13 из 15 пациентов, при наличии клиники желудочно-кишечного кровотечения, во время ФГДС источник кровотечения не выявлен, у двух - заподозрена опухоль желудка. Во всех случаях применялись временные или окончательные эндоваскулярные методы гемостаза. Результаты: Всем пациентам выполнена селективная ангиография с эмболизацией или стентированием селезеночной, верхней брыжеечной, печеночной,

левой желудочной, панкреатодуоденальных артерий. В 14 из 15 случаев удалось осуществить эффективный эндоваскулярный гемостаз. Оперировано 5 пациентов в разные сроки до- или после выполнения рентгенхирургического гемостаза. В одном случае, при несостоятельности культи селезеночной артерии (данные СКТ) после дистальной резекции поджелудочной железы на высоте кровотечения (Hemosuccus pancreaticus), в позднем послеоперационном периоде, на фоне временной баллонной окклюзии аорты, выполнена релапаротомия с эффективным хирургическим гемостазом, без кровопотери. В послеоперационном периоде три летальных исхода, не связанных с продолжающимся кровотечением. В 12 случаях пациенты выписаны в удовлетворительном состоянии без признаков рецидива кровотечения. Выводы: использование рентгенохирургических технологий в лечении больных с острыми кровотечениями зарекомендовало себя как высокоэффективный и безопасный метод лечения. Мультидисциплинарный подход и взаимодействие между рентгенохирургом и врачами разных специальностей являются основами успеха в лечении пациентов данной группы.

53. Лечение желчекаменной болезни, осложненной холедохолитиазом у беременных на разных сроках гестации

*Корольков А.Ю., Китаева М.А., Попов Д.Н.,
Смирнов А.А., Саадулаева М.М.,*

Санкт-Петербург

ФГБОУ ВО ПСПбГМУ им. акад. И.П. Павлова МЗ РФ

Актуальность: Частота холедохолитиаза при желчекаменной болезни (ЖКБ) достигает 30—35% общего числа больных. Беременные на разных сроках гестации не являются исключением из данной статистики. В свою очередь холедохолитиаз, по данным литературы, причина желтухи у 7% беременных. Цель работы: определить тактику ведения беременных с желчекаменной болезнью, осложненной холедохолитиазом. Материалы и методы. Проведен анализ лечения 23 беременных

на разных сроках гестации, обратившихся в экстренном порядке с клиникой желчнокаменной болезни, осложненной холедохолитиазом без осложненного акушерско-гинекологического анамнеза, за 2015-2018 г. Среди данных пациенток: - у 6 пациенток установлен диагноз ЖКБ. Острый холецистит. Холедохолитиаз. Механическая желтуха. - у 7-ти - ЖКБ. Острый холецистит. Холедохолитиаз. - у 2-их ЖКБ. Хронический холецистит. Холедохолитиаз. Механическая желтуха. - у 4-х ЖКБ. Хронический холецистит. Холедохолитиаз. - у 4-х в анамнезе выполнена холецистэктомия, из них у 3-х поставлен диагноз ЖКБ. Холедохолитиаз. Механическая желтуха; и у 1-ой ЖКБ. Холедохолитиаз. Результаты. Все пациентки данного исследования поступили в НИИ хирургии и неотложной медицины в экстренном порядке. Из них большинство (15 пациенток) было во II триместре беременности (14-27 нед), одна на I триместре гестации (до 15 нед), 8 пациенток на III триместре (28-40 нед). В условиях СОСМП всем пациенткам было выполнено в обязательном порядке лабораторные и инструментальные исследования- клинический, биохимический анализ крови, общий анализ мочи, ЭКГ, УЗИ органов брюшной полости. Данные исследования подтвердили у всех пациенток наличие ЖКБ. При подозрении на холедохолитиаз (данные УЗИ-расширение холедоха более 1 см, дефекты наполнения в нем, повышение общего билирубина, объективно или анамнестически иктеричность склер и кожных покровов при наличии ЖКБ) пациенткам выполнялось МРТ-холангиопанкреатография, по данным которой устанавливался окончательный диагноз холедохолитиаза. На выбор тактики лечения беременных с холедохолитиазом влияли такие факторы как срок гестации, количество госпитализаций, связанных с данной патологией, ответ на консервативную терапию, наличие или отсутствие острого холецистита, механической желтухи. Пациентки, не требующие оперативного вмешательства (положительный ответ на консервативную терапию с полным купированием клинической симптоматики, отказ пациенток от активной оперативной тактики) заносятся нами, в так называемый «чек-лист», амбулаторно наблюдались во время всей беременности и были успешно прооперированы после родоразрешения, стандартными методиками, принятыми в НИИ хирургии и неотложной медицины для лечения желчекаменной болезни, осложненной холедохолитиазом. Пациентки с установленными диагнозами: -ЖКБ. Острый холецистит.

Холедохолитиаз. Механическая желтуха - ЖКБ. Хронический холецистит. Холедохолитиаз. Механическая желтуха - ЖКБ. Острый холецистит. Холедохолитиаз - ЖКБ. Холедохолитиаз. Механическая желтуха были оперированы в нашем учреждении с использованием 3-х методик. При сроках гестации до 32 нед, наличии конкрементов в холедохе до 1,0 см, четкого определения количества конкрементов в холедохе при МРХПГ, выполнялась ЛХЭ+ ЭПСТ по методике «Рандеву» без рентген-контроля. Данная методика, разработанная в НИИ хирургии и неотложной медицины, достоверно сопровождается меньшей вероятностью возникновения в послеоперационном периоде острого панкреатита и летальностью в результате развития тяжелой его формы, а также повышением экономической эффективности лечения, а так же позволяет проводить данное исследование без влияния рентгеновского излучения на плод. Вторая методика включала традиционную холецистэктомию с дренированием холедоха по Керу. Данный способ использовался у пациенток на больших сроках гестации (III триместр от 32 нед) и при наличии множественных конкрементов в холедохе, а также единичных более 1,0 см. Так же была использована стандартная методика ЭПСТ без рентген-контроля с эндоскопической литоэкстракцией для пациенток с диагнозом ЖКБ. Холедохолитиаз. Механическая желтуха. В 1 случае пациентке на 38 неделе гестации с данным диагнозом выполнено первым этапом кесарево сечение, вторым этапом ЭПСТ с использованием ретроградной холангиопанкреатографии, эндоскопическая литоэкстракция. Следует отметить, что у всех прооперированных пациенток родоразрешение в срок, новорожденные 8/9 баллов по Апгар. Заключение: При подозрении на холедохолитиаз необходимо выполнять МРТ-холангиопанкреатографию. Непрооперированные беременные с симптомным течением холецистохоледохолитиаза должны заноситься в «чек-лист» хирургических стационаров, занимающихся данной патологией и имеющих в штате акушеров-гинекологов. При отсутствии положительного ответа на консервативную терапию показано оперативное лечение, причем ЛХЭ с ЭПСТ по методике «Рандеву» без контраста является методом выбора вне зависимости от срока беременности.

**54. Одноэтапное хирургическое лечение
холецистохоледохолитиаза и стеноза
большого дуоденального сосочка
с применением лазера**

*Левченко Н.В. (1,2), Шавалиев Р.Р. (2),
Кислицин Д.П. (1)*

Ханты-Мансийск (1), Нягань (2)

ХМГМА (1), Няганская окружная больница (2)

Актуальность. В настоящее время большинство хирургов отдает предпочтение двухэтапному методу лечения холецистохоледохолитиаза. При ЭПСТ не редко встречаются осложнения в виде кровотечений, перфорации стенки двенадцатиперстной кишки (ДПК), острых панкреатитов. Наличие парапапиллярных дивертикулов значительно затрудняет, а иногда делает невозможным проведение эндоскопической папиллосфинктеротомии (ЭПСТ). Целью настоящего исследования является улучшение результатов лечения больных желчнокаменной болезнью, осложненной холедохолитиазом и стенозом большого дуоденального сосочка (БДС), путем разработки и внедрения контактной лазерной литотрипсии и антеградной лазерной папиллотомии. Материал и методы. В своей работе мы использовали лазерную установку "Cogeant" (США), оснащенную YAG:Ho лазером, два эндовидеохирургических комплекса, фиброхоледохоскоп. Начало операции полностью соответствует лапароскопической холецистэктомии. Через один из троакаров и надрез стенки пузырного протока в просвет холедоха заводится фиброхоледохоскоп. При невозможности введения холедохоскопа через пузырный проток, выполняется холедохотомия. По рабочему каналу холедохоскопа к конкременту холедоха подводится гибкий лазерный световод. С применением лазера выполняется литотрипсия. Фрагменты конкремента мигрируют в просвет двенадцатиперстной кишки. Когда конкремент или его фрагменты свободно перемещаются в просвете холедоха, используем устройство для прицельной лазерной контактной литотрипсии (патент РФ № 57584). При наличии стеноза БДС, по рабочему каналу холедохоскопа в дистальный отдел холедоха подводится гибкий лазерный световод. Под визуальным контролем, используя высокоэнергетическое излучение YAG:Ho лазера, производится рассечение БДС. При необходимости холедох дренируют через культю пузырного протока или холедохотомическое

отверстие. После удаления холедохоскопа, при необходимости устанавливается дренаж в просвет холедоха. Результаты. С сентября 2003г, контактная лазерная холедохолитотрипсия (патент РФ № 2334486), нами была применена у 119 больных холецистохоледохолитиазом. У 58 больных конкременты были вколоченными. В 61 случае конкременты свободно размещались в просвете холедоха. В 87 случаях имели место деструктивные формы холецистита. Гнойный холангит отмечался в 54 случаях. Холедох дренировали во всех случаях, когда выявляли признаки холангита. У 3-х больных операция закончилась лапаротомией, в связи с затруднениями манипуляций в холедохе из-за выраженных явлений холангита и отека головки поджелудочной железы, которые повлекли за собой резкое сужение просвета холедоха. С 2010 года разработали и внедрили антеградную лазерную папиллотомию (патент РФ № 2449757), которая применена нами у 44 больных. В 28 случаях, входящих в общее число больных, была выполнена операция с применением лазерной литотрипсии и антеградной лазерной папиллотомии. Интраоперационных осложнений не было. Все больные выписаны и находятся под наблюдением. На данный момент осложнений, связанных с проведением антеградной лазерной папиллотомии не выявлено. Обсуждение. Использование лазерного излучения под визуальным контролем в режиме реального времени позволяет значительно снизить риск таких осложнений, как кровотечение и перфорация. Достигается малая травматичность операции, что приводит к сокращению сроков стационарного лечения. Выводы и рекомендации. Внедрение разработанных нами методов позволяет одновременно выполнить холецистэктомию, антеградную лазерную холедохолитотрипсию и антеградную лазерную папиллотомию. Парапапиллярные дивертикулы не являются препятствием для проведения папиллотомии описанным способом. Проведение лазерной холедохолитотрипсии, без папиллотомии, позволяет сохранить анатомическую целостность и физиологическую функцию сфинктера. Считаем, что интраоперационная холедохоскопия с контактной лазерной литотрипсией и антеградной лазерной папиллотомией являются перспективными методами лечения холецистохоледохолитиаза и стеноза БДС.

55.Миниинвазивные технологии, как этапный подход в лечении механической желтухи*Самарцев В.А., Каракулов О.Г., Лебедев М.А.*

Пермь

ФГБОУ ВО ПГМУ им. академика Е.А. Вагнера
Минздрава России (1), ГАУЗ ПК ГКБ №4 (2)

Актуальность. Механическая желтуха — этот синдромный диагноз даже в современных условиях развития медицины нередко вызывает у врачей заметное и вполне объяснимое беспокойство. Такие больные требуют проведения не только экстренных диагностических мероприятий в рациональной последовательности и одновременно осмысленной интенсивной терапии, но и срочного выбора правильной тактики лечения. Желтуха зачастую является первым проявлением различных заболеваний печени, желчевыводящих путей, поджелудочной железы, двенадцатиперстной кишки и другие. Разработка двухэтапного подхода к лечению пациентов с синдромом механической желтухи, а именно — первый этап в зависимости от характера механической желтухи — чрескожные (наружное, наружно-внутреннее желчеотведение, холецистостомия) или эндоскопические методы декомпрессии (эндоскопическая папиллосфинктеротомия, назобилиарное дренирование, билиарное стентирование), второй этап — при возможности традиционное оперативное лечение, при нерезектабельности и неоперабельности — любой вариант установки постоянного стента с применением МИТ, позволили снизить летальность в этой группе пациентов в несколько раз. При этом основная цель стартовых минимально инвазивных вмешательств — улучшить состояние пациента (снизить интоксикацию, желчную гипертензию и гипербилирубинемия, купировать явления холангита и проявления системной воспалительной реакции, предотвратить развитие полиорганной недостаточности и т.п.) и подготовить пациента к основному этапу — оперативному лечению, а значит, и к радикальному устранению причины МЖ. Цель. Оптимизировать и улучшить результаты этапного миниинвазивного лечения механической желтухи с использованием различных вариантов чрескожного чреспеченочного дренирования желчевыводящих протоков. Материал и методы. В отделении рентгенохирургических методов диагностики и лечения ГАУЗ ПК «ГКБ №4» чрескожные чреспеченочные вмешательства были применены у 242 пациентов с МЖ. Среди

обследованных было 118 (48,8 %) женщин и 124 (51,2%) мужчин. Средний возраст составил 65,1±2,31 лет. Причинами МЖ являлись: рак головки поджелудочной железы — 131 (54,1%), рак желчного пузыря — 24 (9,9%), холедохолитиаз — 20 (8,2%), холангиокарцинома — 15 (6,1%), рак желудка с метастазами в ворота печени — 15 (6,2%), колоректальный рак с метастазами в печень — 10 (4,1%), рак большого дуоденального сосочка — 7 (2,8%), заболевания печени различного генеза — 7 (2,8%), послеоперационная стриктура — 5 (2,0%), рак молочной железы — 3 (1,2%), острый холецистит — 3 (1,2%), хронический панкреатит — 2 (0,8%). Результаты. Всем 242 больным первым этапом была выполнена чрескожная чреспеченочная холангиография. При наличии дилатации внутрипеченочных желчных протоков чрескожная чреспеченочная холангиография оказалась успешной у 99% больных. У 132 (54,5%) пациентов было выполнено чрескожное наружное дренирование ЖВП, у 110 (45,4%) пациентов наружно - внутреннее дренирование ЖВП, с позиционированием внутреннего дренажа в ДПК (из них 14 пациентам выполнено рандеву). В 91 (68,9%) случаях дренирование завершалось на уровне общего желчного протока, у 22 (16,6%) пациентов - долевых печеночных протоков, в 19 (14,3%) случаях - общего печеночного протока. Операцию выполняли по модифицированной методике Сельдингера комплексом «игла-катетер», в 65% случаев с использованием интрадьюсера 7F и диагностического катетера Pigtail 6F, в 35% случаев — одноступенчатыми системами для дренирования размерами от 6 до 12F. Выявили более благоприятную динамику восстановления функциональной активности печени и почек после проведения дозированной декомпрессии. В послеоперационном периоде среди ранних осложнений наблюдалось 2 (0,8%) внутрибрюшное кровотечение. Среди поздних осложнений: дислокация дренажа - 39 (16,1%), подтекание желчи в брюшную полость — 7 (2,8%), местный перитонит — 2 (0,8%). Заключение. Таким образом, чрескожные чреспеченочные вмешательства являются высокоэффективным методом этапного лечения механической желтухи любой этиологии и подготовки к различным вариантам дальнейшего оперативного вмешательства, в том числе могут использоваться, как вариант паллиативной помощи, в случае использования техники «рандеву» с последующим ретроградным стентированием желчных протоков.

56.Эндоваскулярный гемостаз в многопрофильной хирургической клинике

*Самарцев В.А., Дульцев К.Н.,
Каракулов О.Г., Каракулов А.О.,
Лебедев М.А., Нагаев А.С.,
Штадлер Д.И.*

Пермь

ФГБОУ ВО ПГМУ им. академика Е.А. Вагнера
Минздрава России (1), ГАУЗ ПК ГКБ №4 (2)

С 1992 года в многопрофильной хирургической клинике ГАУЗ ПК «ГКБ №4» выполняется эндоваскулярная окклюзия сосудов различных сосудистых бассейнов. 09.05.1992 впервые в клинике окклюзирована бронхиальная артерия при легочном кровотечении. В настоящее время эмболизировано 592 бронхиальные и 103 межреберные артерии у 476 пациентов с хроническим бронхитом, бронхоэктазами, пневмофиброзом, туберкулезом и раком легких. Также с 1992 года при раке матки и мочевого пузыря окклюдизируются ветви внутренних подвздошных артерий-эмболизировано 521 артерия у 279 больных, а с 2003 года осуществляется эмболизация маточных артерий при миомах матки (1011 артерий у 506 женщин). В 1995 году при острой язве желудка окклюдирована левая желудочная артерия и в настоящее время осуществляются вмешательства при кровотечениях различной этиологии в бассейне левой желудочной у 32 пациентов, желудочно-двенадцатиперстной у 4 больных и верхней прямокишечной артерий у 33 пациентов. У 37 больных выполнена эмболизация ветвей наружной сонной артерии при гемангиомах, онкозаболеваниях. 43 пациентам в бассейне печеночных артерий выполнена эмболизация/химиоэмболизация при гемангиомах, метастатическом поражении различных первичных онкопроцессов (заболеваний), преимущественно колоректальной локализации. С 2014 года при САК эмболизированы аневризмы сосудов головного мозга передней (каротидный бассейн) и задней (вертебральный бассейн) локализации с применением микроспиралей, стент-ассистенции и потокоперенаправляющих стентов у 123 пациентов, артерио-венозные мальформации окклюдизируются клеевыми композициями у 16 больных (23 вмешательства). Новым направлением является окклюзия ветвей подколенной артерии при гонартрозах с 2018 года. Из осложнений отмечено 5

спинальных инсультов при окклюзии бронхиальных артерий, 1 перитонит при эмболизации верхней прямокишечной артерии. Таким образом, в многопрофильной хирургической клинике появляются возможности выполнения «открытых» и «закрытых» оперативных вмешательств в сочетании в рентгеноэндоваскулярными технологиями, что в ряде клинических ситуаций увеличивает радикальность первичной или повторной операции. При невозможности выполнения адекватного хирургического вмешательства, эндоваскулярная окклюзия артерий различных сосудистых бассейнов при кровотечениях является часто единственным методом гемостаза и вариантом хирургического лечения.

57.Распространенный перитонит, как фактор риска развития эвентраций

Самарцев В.А., Гаврилов В.А., Кузнецова М.П.

Пермь

ФГБОУ ВО ПГМУ им. академика Е.А. Вагнера
Минздрава России (1), ГАУЗ ПК ГКБ №4 (2)

Актуальность. Эвентрации в современной абдоминальной хирургии представляют собой тяжелое послеоперационное осложнение. Они занимают одно из первых мест среди причин релапаротомий в послеоперационном периоде у пациентов абдоминального хирургического профиля. Возникновение эвентрации связано с увеличением риска летального исхода, сроков пребывания пациента в стационаре, затрат на лечение. С целью прогнозирования и профилактики этого послеоперационного осложнения в современной литературе большое внимание уделяется факторам риска их развития. Среди всего многообразия заболеваний и состояний, которые могут стать причиной развития эвентрации, особое значение имеют различные формы инфекции области хирургического вмешательства и распространенный перитонит. Цель – оценить течение и исходы перитонита как фактора риска развития эвентраций в раннем послеоперационном периоде у пациентов абдоминального хирургического профиля. Материалы и методы. На

базе хирургического отделения ГАУЗ ПК ГКБ№4, г. Пермь, проведено ретроспективное рандомизированное исследование течения и исходов перитонита как фактора риска развития эвентраций в 2016 – 2018 гг. Группа 1: пациенты с эвентрациями (n=15), в которой на фоне хирургической патологии органов брюшной полости развился перитонит в сочетании с ИОХВ. Группа 2: пациенты с эвентрациями без перитонита после первичной операции (n=15). Достоверность различий числовых показателей определяли с помощью U-критерия Манна-Уитни, качественных – таблицами сопряженности. Результат считали статистически достоверным при $p < 0,05$. Группы были полностью сопоставимы по гендерному составу, возрасту. Не выявлено достоверных различий в соматическом статусе, профиле патологии, характере госпитализации, времени оперативного вмешательства, завершении операций формированием стомических отверстий, ушиваний ран непрерывными и узловыми швами. Результаты. При анализе лабораторных критериев медиана уровня общего белка составила 54 г/л у пациентов первой группы и 62 г/л у второй группы ($p=0,02$), альбумина – 29 г/л в первой группе и 35 г/л во второй группе ($p=0,03$), креатинина – 78 мкмоль/л в первой группе и 91 во второй группе ($p=0,04$). После устранения эвентрации повторные оперативные вмешательства были выполнены у 6 (40,0%) пациентов первой группы. У пациентов второй группы релапаротомии не выполнялись ($p=0,02$). Абдоминальный сепсис развился у 6 (40,0%) пациентов первой группы. Во второй группе случаев абдоминального сепсиса не наблюдалось ($p=0,17$). Медиана длительности госпитализации в обеих группах составила 31 койко-день. В первой группе летальность составила 6 (40,0%) пациентов, во второй группе – 3 (20,0%) пациентов ($p=0,43$). Обсуждение (заключение). При сравнении различных факторов у пациентов с эвентрациями на фоне распространенного перитонита отмечается достоверно низкий уровень общего белка и альбумина в течение госпитализации, что свидетельствует о низкой репаративной способности организма. Развитие послеоперационного перитонита повышает риск развития абдоминального сепсиса, а также требует повторных оперативных вмешательств, что в свою очередь повышает риск развития эвентраций и требует дальнейшего изучения.

58.Современные диагностические технологии в оценке степени тяжести и лечении острого панкреатита

Самарцев В.А., Гаврилов В.А., Сидоренко А.Ю.

Пермь

ФГБОУ ВО ПГМУ им. академика Е.А. Вагнера
Минздрава России (1), ГАУЗ ПК ГКБ №4 (2)

Актуальность. Острый панкреатит представляет собой острый воспалительный процесс, начинающийся с локального повреждения ацинарных клеток поджелудочной железы с различным поражением регионарных тканей или систем органов. Несмотря на то, что большинство случаев острого панкреатита протекают в легкой форме, и прогноз чаще всего благоприятный, около 30% случаев протекают с различными осложнениями, такими как некроз или органная недостаточность. По мировым данным общий уровень смертности от острого панкреатита составляет 5–10%. Именно поэтому клиницисты должны своевременно идентифицировать степень тяжести острого панкреатита и наличие осложнений, чтобы свести к минимуму риск ранней смерти. В течение почти 20 лет в хирургической практике использовалась Атлантская классификация, однако ряд ее определений оставался противоречивым. Так, изучив ряд научных работ, зарубежные авторы в половине из них нашли определения, не соответствующие данной классификации, а многие из них и вовсе использовались неточно. С развитием современных взглядов на острый панкреатит, а также улучшением имиджевой диагностики, развитием мининвазивных диагностических технологий, появилась потребность в создании более точной системы оценки степени тяжести острого панкреатита. Цель работы. Создание современной скрининговой компьютерной программы, способной оценивать степень тяжести больного с острым панкреатитом. Материалы и методы. Выполнен ретроспективный анализ результатов хирургического лечения 426 пациентов с острым панкреатитом, находившихся на лечении в ГАУЗ ПК ГКБ №4 в период с 2012 по 2018 гг. Гендерный состав: мужчин - 277(65,0 %), женщин – 149(35,0 %). Средний возраст $49 \pm 14,2$ лет. Острый панкреатит легкой степени тяжести наблюдался у 306(71,8%), средней степени тяжести – 14(3,3%), тяжелой степени – у 106(24,9%) пациентов. Оперативное лечение потребовалось 136(27,8%) больным, при этом открытое

оперативное вмешательство выполнено в 25(18,4%) случаях, лапароскопическое в 78(57,4%), их комбинация в 13(9,6%). Число релапаротомий составило 5(3,7%) случаев, релапароскопий 6(4,4%). Общая летальность – 26(6,1%) случая, послеоперационная летальность – 20(14,7%). Наиболее встречающимися осложнениями основного заболевания были: перитонит - 68(21,7%), парапанкреатический инфильтрат - 31(9,9%), сепсис - 20(6,4%) и системная полиорганная недостаточность - 19(6,1%). В разработанной экспертной системе действие основывалось на информации, полученной из проведенного клинического ретроспективного анализа историй болезни больных с острым панкреатитом, анализа: Российских, Европейских национальных руководств, Российских стандартов оказания медицинской помощи при остром панкреатите, шкал Atlanta(2012), Glasgow-Imrie(1984), Ranson(1974), BISAP(2008), SOFA, qSOFA, а также клинко-диагностическом потенциале среднестатистического приемного хирургического отделения. Результаты. Программно-экспертная система создана с помощью кроссплатформенного фреймворка для разработки программного обеспечения на языке программирования C++ Qt. Обучение экспертной системы проходило на основании базы данных анализа историй болезни больных с диагнозом острый панкреатит. Применение экспертной системы диагностики степени тяжести острого панкреатита было протестировано на 70 больных с клиникой острого панкреатита. Лечение и диагностический минимум проводились в соответствии действующими стандартами оказания помощи данной категории больных, а также учитывались рекомендации экспертной системы. Состояние больных отслеживалось в течение первых 48 часов, далее до купирования полиорганной недостаточности или летального исхода. Проспективно у 6(8,5%) пациентов результат программно-экспертной системы указывал на тяжелую степень острого панкреатита, что не совпало с первичной диагностикой. Программно-экспертная система продемонстрировала точность до 91% при определении тяжелого острого панкреатита и 4,5% сигналов ложного срабатывания. На основании проведенного исследования получено свидетельство на программный продукт № 2017617070 от 23.06.17г. Выводы. Применение компьютерных программных технологий в современной хирургической практике позволяет с более высокой точностью облегчить дифференцировку острого панкреатита по степеням

тяжести для своевременного и адекватного комплексного лечения.

**МАТЕРИАЛЫ
III-ГО УРАЛЬСКОГО
КОНГРЕССА ХИРУРГОВ
посвященного 90-летию
со дня рождения
И. Д. Прудкова**

Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции
Оргкомитета Форума. Оргкомитет не несет ответственности
за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов