



Медицинский вестник Юга России
Medical Herald of the South of Russia

ROSTOV STATE MEDICAL UNIVERSITY | РОСТОВСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ



Ростов-на-Дону

ISSN 2219-8075



9 772219 807619 >

Том Vol. 10 № 3/2019 (Приложение)

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ
ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«РОСТОВСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ» МИНИСТЕРСТВА
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

ОБЩЕРОССИЙСКАЯ ОБЩЕСТВЕННАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ
«РОССИЙСКОЕ ОБЩЕСТВО ХИРУРГОВ»

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОСТОВСКОЙ ОБЛАСТИ

АССОЦИАЦИЯ СПЕЦИАЛИСТОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ РОСТОВСКОЙ ОБЛАСТИ



VI СЪЕЗД ХИРУРГОВ ЮГА РОССИИ

с международным участием,
посвященный 100-летию со дня рождения член-
корреспондента РАМН, профессора П.П. Коваленко

Тезисы

4 – 5 октября 2019 г.
Ростов-на-Дону

УДК 617-089 (063)
ББК 54.5
Ш 52

VI Съезд хирургов Юга России с международным участием, посвященный 100-летию со дня рождения член-корреспондента РАМН, профессора П.П. Коваленко : тезисы, Ростов-на-Дону 4-5 октября 2019 г. / ФГБОУ ВО РостГМУ Минздрава России. – Ростов н/Д : Изд-во РостГМУ, 2019. – 467 с.

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

Редакторы:

Черкасов М.Ф. – доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой хирургических болезней ФПК и ППС ФГБОУ ВО «РостГМУ» Минздрава России, главный хирург ЮФО

Тотиков В.З. – доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой хирургических болезней №2 ФГБОУ ВО «СОГМА» Минздрава России, главный хирург СКФО

СОДЕРЖАНИЕ

1. Хирургическая инфекция.....	с. 5
2. Герниология.....	с. 55
3. Колопроктология.....	с. 83
4. Малоинвазивные операции в неотложной хирургии.....	с. 132
5. Новые технологии в хирургии.....	с. 194
6. Пластическая хирургия.....	с. 282
7. Бариатрическая хирургия.....	с. 287
8. Сердечно-сосудистая хирургия, вопросы флебологии.....	с. 302
9. Онкология.....	с. 339
10. Военно-полевая хирургия, хирургия повреждений.....	с. 367
11. Трансплантология.....	с. 392
12. Мезентериальные тромбозы и эмболии.....	с. 394
13. Хирургия пищевода.....	с. 401
14. Детская хирургия.....	с. 420

Тезисы в пределах секций представлены в порядке поступления

ВНИМАНИЕ! Для поиска своей фамилии или ключевого слова в тексте нажмите **Ctrl+F** и введите искомое слово в окно поиска!!

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ИНФЕКЦИЯ

1. Особенности диагностики туберкулезного перитонита у ВИЧ-позитивных пациентов

Плоткин Д.В.^{1,2}, Решетников М.Н.¹, Сеницын М.В.¹, Гафаров У.О.¹, Беленцева О.В.¹,
Абу Аркуб Т.И.¹
Москва

¹ГБУЗ «Московский городской научно-практический центр борьбы с туберкулезом
Департамента здравоохранения города Москвы»

²ФГБОУ ВО «Российский национальный исследовательский медицинский
университет им. Н.И. Пирогова» Минздрава России

На поздних стадиях ВИЧ-инфекции у большинства пациентов имеется большая вероятность развития генерализованного туберкулеза с поражением органов брюшной полости. Абдоминальный туберкулез при ВИЧ-инфекции, как правило, имеет скрытый, хронический период течения, проявляя себя в виде различного рода осложнений, характеризующихся клиникой «острого живота». Увеличение числа ВИЧ – позитивных пациентов в РФ не исключает возможность появления новых случаев туберкулеза брюшины в стационарах различного профиля.

Целью настоящего исследования явилось изучение опыта оперативных диагностических и лечебных вмешательств у ВИЧ – положительных пациентов с туберкулезом брюшины и определение их эффективности.

Материалы и методы. В период с 2014 по 2018 гг. в туберкулезном хирургическом отделении МНПЦ борьбы с туберкулезом г. Москвы были обследованы и оперированы 32 ВИЧ - положительные пациента с туберкулезным перитонитом.

Результаты и обсуждение. Используемые лучевые методики оказались информативны лишь у 1/3 пациентов. Так, свободная жидкость в брюшной полости при КТ и УЗИ была визуализирована у 17 больных (53,1%), слоистость и утолщение листков брюшины и большого сальника у 8 пациентов (25,0%), увеличение и неоднородность мезентериальных лимфатических узлов наблюдалась в 20 случаях (62,5%). Туберкулез легких был верифицирован у 27 (84,4%) пациентов. При лапароскопии выпот в брюшной полости в объеме от 100 до 3000 мл был обнаружен у 24 пациентов. При посеве экссудата на жидкие питательные среды рост микобактерий туберкулеза обнаружили лишь в 8 случаях (12,5%). ДНК микобактерий при ПЦР-диагностике перитонеального выпота была выявлена в 11 случаях (34,4%). У 25 (78,1%) больных на париетальной брюшине и серозных покровах кишечника и печени имелись белесоватые плотные бугорки до 6 мм в диаметре, напоминающие опухолевые диссеминаты, а у 12 пациентов (37,5%) имел место массивный пластический процесс с осумкованными скоплениями жидкости между спайками. Активность аденозиндезаминазы (АДА) в выпоте, часто не превышала референсных значений, а ее активность была высокой лишь у 9 пациентов (28,1%). При гистологическом исследовании в основном были визуализированы скопления казеозного некроза без формирования «классических» туберкулезных гранулем (31 – 96,9%), при окраске по Цилю-Нильсену кислотоустойчивые бактерии были определены в тканях в 23 случаях (71,9%).

Заключение. У ВИЧ – позитивных пациентов течение туберкулезного перитонита носит стертый и многоплановый характер. Лучевые методы диагностики не дают ответа о природе изменений на брюшине. Основные трудности представляет собой гистологическая верификация – как, правило, у ВИЧ – позитивных пациентов отсутствует «классическая» туберкулезная гранулема, обнаруживают участки казеозного некроза со слабой лейкоцитарной ограничительной реакцией. Низкая специфичность активности АДА при ВИЧ - инфекции, невысокая степень выявляемости

ДНК микобактерий при ПЦР – диагностики выпота и детекции МБТ в экссудате, позволяет считать лапароскопию с биопсией единственным надежным методом диагностики туберкулеза брюшины. Своевременная диагностика туберкулезного поражения брюшины, залог успешного лечения даже у такой сложной группы пациентов.

2. Внутривенное лазерное облучение крови в лечении больных с хирургической инфекцией

Гринцов А.Г., Антонюк С.М., Луценко Ю.Г., Ахрамеев В.Б., Андриенко И.Б.,
Донецк, ДНР

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького»

Актуальность. Несмотря на значительные достижения в лечении хирургической инфекции, она остается одной из наиболее сложных проблем современности и является одной из главных причин летальности.

Цель работы: определить эффективность внутривенного лазерного облучения крови у больных с хирургической инфекцией.

Материал и методы. Внутривенное лазерное облучение крови (ВЛОК) применено в комплексном лечении 52 больных с хирургической инфекцией. Контрольная группа – 26 пациентов. Диагноз сепсиса ставили в случае наличия синдрома системной реакции на воспаление (SIRS), синдрому полиорганной недостаточности, выделения гемокультуры. Среди микроорганизмов преобладали золотистый стафилококк, протей, синегнойная палочка. В качестве источника лазерного излучения использовали аппарат «АФЛ-2» с длиной волны 632,8 нм. Диаметр световода 200 мкм, с мощностью лазерного излучения на выходе 5 мВт. ВЛОК проводилось моноволоконным оптическим световодом в течение 30 минут. Количество сеансов до 8-12. Во всех случаях ВЛОК проводилось после адекватного раскрытия и дренирования гнойных очагов. Оценивали общее состояние организма больных, изменение температурной кривой, динамику общеклинических лабораторных показателей (лейкоцитоз, лейкоцитарный индекс интоксикации (ЛИИ), лимфоцитарный индекс (ИЛ), биохимические показатели интоксикации, в т.ч. уровень среднемолекулярных пептидов), результаты посевов крови и выделения ран.

Результаты. Уровень эндотоксикоза определяли по содержанию в крови среднемолекулярных пептидов (МСМ), что повышался при интоксикации и уменьшался в основной группе на фоне лечения в течение 15-17 дней (в контрольной группе - на 24-28-ые сутки). В процессе лечения показатели МСМ имели тенденцию к нормализации, при чем наиболее выраженный эффект наблюдали в группе больных с применением ВЛОК ($0,359 \pm 0,04$). Необходимо также отметить резкое повышение ЛИИ до $3,39 \pm 0,38$ (норма- $0,94 \pm 0,06$) и снижение ИЛ до $0,18 \pm 0,01$ (норма - $0,41 \pm 0,01$). После лечения эти показатели составляли соответственно: ЛИИ - $0,87 \pm 0,11$ и ИЛ - $0,39 \pm 0,02$. Параллельно с улучшением вышеназванных параметров после 3-4 процедур отмечали исчезновение бактериемии, улучшения динамики раневого процесса.

Выводы. Использование ВЛОК в комплексном лечении хирургической инфекции позволяет улучшить прогноз лечения, уменьшить интоксикацию и повысить эффективность антибактериальной терапии.

3. Синдром диабетической стопы, анализ результатов лечения в отделении гнойной хирургии ГБУ «ОКБ № 2» в 2016-2018 гг.

Утемишев М.А., Андреев Е.В., Серебряный А.В., Захаров А.С.

Ростов-на-Дону
ГБУ РО ОКБ № 2

Актуальность проблемы. Численность больных сахарным диабетом (СД) в мире за последние 10 лет увеличилась более чем в 2 раза. Согласно прогнозам Международной диабетической федерации к 2040 г. численность больных СД достигнет 642 млн. – в 4,5 раза больше современного населения РФ. В 2016-2018 гг. распространенность СД в РФ составила 4,348 млн., 4,498 млн., 4,493 млн., около 3,1% населения, в Ростовской области (РО) – 127767, 130201, 130049 человек, количество пациентов с инвалидностью обусловленной СД в РО – 123274 (96,4%), 126128 (96,8%), 129044 (99,2%), СД среди причин смертности РФ – 4462 (3,4%), 4213 (3,3%), 4332 (3,3%). Количество пациентов с синдромом диабетической стопы (СДС) от общего числа пациентов СД РФ составляет 8,7%. Эти данные недооценивают реальное количество пациентов, поскольку учитывают выявленные случаи. Диагностируется не более половины случаев СД, вероятная численность пациентов с СД в РФ не менее 8-9 млн., около 6% населения. «Не выявленные» лица, проживающие вне крупных населенных пунктов, не получают лечения и имеют высокий риск развития сосудистых осложнений, в том числе СДС [Дедов И.И., с соавторами 2017, Галстян Г.Р., с соавторами 2018]. Осложнения СДС являются одним из основных показаний для «высоких» ампутаций нижних конечностей (НК), ассоциирующихся с риском смерти в течение 30 дней – от 4% до 48%, риском инфаркт миокарда, инсульта, или инфекцией – от 20% до 37%, смертностью ко 2 году после ампутации – 50%, пятилетней выживаемостью – от 16% до 50% [Гавриленко А.В. 2006; Барбараш Л.С. 2010; Шулутко А.М., с соавторами 2010; Национальные рекомендации по ведению пациентов с заболеваниями артерий нижних конечностей., 2013.; Ray R.L. 2000; Donohue S., Sutton-Woods P. 2001; Ploeg A.J. 2005].

Цель работы представить анализ результатов лечения пациентов с синдромом диабетической стопы в отделении гнойной хирургии ГБУ «ОКБ№2» в 2016-2018 г.г.

Материалы и методы. В 2016-2018 г.г. общее число пациентов, пролеченных в отделении гнойной хирургии ГБУ «ОКБ№2» составило 468, 654 и 704 человек соответственно, количество пациентов с СДС – 137, 178, 164, относительное количество пациентов с СДС от общего количества пролеченных пациентов – 29,3%, 27,2%, 23,3%, средний возраст (годы) – 63,7±10,4, 63,6±9,6, 63,5±9,6, гендерная структура (мужчины / женщины) – 80/57 (58,3%/41,7%), 102/76 (57,3%/42,7%), 94/70 (57,3%/42,7%). Оказание специализированной медицинской помощи соответствовало клиническим рекомендациям «Национальные рекомендации по ведению пациентов с заболеваниями артерий нижних конечностей» (2013), «Сепсис» (2013), «Клинические рекомендации по диагностике и лечению синдрома диабетической стопы» (2015), «Хирургические инфекции кожи и мягких тканей» (2015), «Алгоритмы специализированной медицинской помощи больным сахарным диабетом» (2017), «Программа СКАТ при оказании стационарной медицинской помощи» (2018), приказу МЗ РФ от 10.05.2017 N 203н «Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи». Использовались методы физической антисептики: ультразвуковая кавитация, озонотерапия, гидрохирургическое лечение, отрицательное давление.

Результаты и обсуждение. В 2016-2018 г.г. нейропатическая форма СДС (трофическая язва стопы, диабетическая нейроостеоартропатия) была установлена у 52 (38,0%), 64 (36,0%) и 49 (29,8%) пациентов, ишемическая форма СДС – 36 (26,3%), 48 (27,0%), 37 (22,6%), нейроишемическая форма СДС – 49 (35,7%), 66 (37,0%), 78 (47,6%). Степень СДС в 2016-2018 г.г.: Wagner 2 – 53 (38,7%), 55 (30,9%), 43 (26,2%), Wagner 3 – 21 (15,3%), 43 (24,2%), 34 (20,7%), Wagner 4 – 22 (16%), 43 (24,2%), 28 (17,1%), Wagner 5 – 41 (30%), 37 (20,7%), 59 (36%). Клиническая форма поражения НК в 2016-2018 г.г.: трофическая язва, без стопы Шарко, без критической ишемии (КИ) – 30, 32, 24, трофическая язва и стопа Шарко, без КИ – 7, 6, 3, трофическая язва и остеомиелит без КИ – 15, 26, 22, трофическая язва и КИ – 16, 17, 16, «сухая» гангрена – 20, 31, 21, «влажная» гангрена, флегмона – 49, 66, 78. С СД и СДС в 2016-2018 г.г. была ассоциирована полиморбидность: сепсис – 1 (2017 г.), анемия – 92 (67,2%), 106 (60%), 103 (62,8%), ХБП – 22 (16%), 33 (18,6%), 30 (18,3%), цереброваскулярные заболевания – 42 (30,7%), 57 (32%), 56 (34,2%), ИБС – 93 (67,8%), 122 (68,6%), 103 (62,8%), ХСН – 117

(85,4%), 156 (87,7%), 133 (81%), количество пациентов, пролеченных в АРО – 7 (5%), 9 (5%), 8 (4,8%). Показатели хирургической работы при СДС, 2016-2018 г.г.: оперировано больных – 92, 137, 143, хирургическая активность – 67,2%, 76,9%, 87,2%, средняя длительность пребывания на койке (койко-день) – $21,6 \pm 8,7$, $21,0 \pm 7,4$, $17,2 \pm 7,2$, средняя длительность пребывания на койке до операции (койко-день) – $3,0 \pm 0,7$, $2,4 \pm 0,8$, $1,4 \pm 0,7$, общее количество оперативных вмешательств – 165, 231, 224, количество плановых операций – 105 (63,6%), 148 (64%), 128 (57,2%), количество экстренных операций – 60 (36,4%), 83 (36%), 96 (42,8%). Структура операций у больных с СДС, 2016-2018 г.г.: количество «первичных» операций в ГБУ «ОКБ№2» - 147, 203, 190, общее количество «повторных» операций, «первичные» выполнены в других ЛПУ – 16, 27, 33, количество «повторных высоких» ампутаций, первичные выполнены в других ЛПУ – 2, 1, 1. Операции у больных с СДС (/в сочетании с баллонной ангиопластикой), 2016-2018 г.г.: вскрытие и дренирование флегмоны, некрэктомия – 18/4, 40/3, 30/3, пластическое закрытие язв – 12/12, 14/14, 12/12, ампутация дистального отдела стопы (ампутации пальцев, ампутация Гаранжо) – 25/7, 57/9, 37/10, трансметатарзальная ампутация стопы (ампутация Шарпа) – 10/3, 12/4, 16/3, транстарзальная ампутация стопы (ампутация Лисфранка, Шопара) – 2/1, 7/1, 8/2, ампутация на уровне голени (ампутация по Митишу-Светухину, модификация метода Бюржеса) – 17/0, 10/0, 20/0, ампутация на уровне бедра – 24/0, 27/0, 39/0, Количество пациентов у которых выполнены этапные хирургические обработки – 43, 54, 57, баллонная ангиопластика – 30, 33, 32. Исходы лечения у больных с СДС, 2016-2018 г.г.: пациентов, выписанных «с выздоровлением», «без перемен» и «ухудшением», не было, умерло соответственно 7, 7 и 2. Структура летальности у больных с СДС, 2016-2018 г.г.: летальность общая – 7 (5,1%), 7 (3,9%), 2 (1,2%), летальность послеоперационная – 6 (6,5%), 5 (3,7%), 1 (0,7%), летальность до 24 часов – 3 (2,2%), 2 (1,1%), 1 (0,6%), летальность позже 24 часов – 4 (2,9%), 5 (2,8%), 1 (0,6%). На основании анализа результатов лечения СДС мы считаем целесообразной стратификацию пациентов с СДС на момент обращения по категориям «сухая гангрена», «влажная гангрена», «флегмона стопы», учитывая КИ. Ранее выявление сепсиса и декомпенсации сопутствующих и ассоциированных с СД заболеваний (ХБП, ХСН) – залог спасения наиболее отягощенной когорты пациентов. Тяжесть и полиморбидность фона, обусловленная осложнениями общего атеросклероза и СД, высокая контаминация ран полирезистентной нозокомиальной микрофлорой не позволяют сформулировать унифицированный алгоритм антибактериальной терапии (АБТ) у пациентов с СДС. Стартовая эмпирическая АБТ может включать цефалоспорины 3 поколения, фторхинолон 2 поколения и нитроимидазол. Учитывая видовой состав микрофлоры, распространенность полирезистентных штаммов, стартовая АБТ может не соответствовать микробному спектру у значительного числа пациентов, однако следует учитывать, что установленные по данным бактериологического исследования микроорганизмы не всегда являются основными патогенами инфекционного процесса, при этом, с учетом побочных эффектов и токсичности препаратов «резерва», обеспечить целенаправленную деэскалацию АБТ, по объективным причинам не всегда возможно. Решение о деэскалации АБТ должно основываться на данных бактериологических исследований. Возможности рентгенэндоваскулярной хирургии ограничены полиморбидностью и дистальным поражением артериального русла. По данным национальных согласительных документов перспективным в лечение пациентов с СДС является применение современных антиагрегантов, антикоагулянтов и тромболитиков. Учитывая высокую ресурсоемкость лечения осложненных случаев СДС клинико-статистические группы «Сепсис, взрослые» и «Сепсис с синдромом органной дисфункции» целесообразно включить в профиль «хирургия». В выписных эпикризах необходимо формулировать рекомендации по «формированию» культи и иммобилизации. Этапное хирургическое лечение при СДС не «дефект» оказания помощи, а развитие патологического процесса, длительность ремиссии объективный показатель результатов лечения СДС.

Выводы. «Малые», в идеале отсроченные, ампутации дистальных отделов стопы являются клиническим успехом хирурга и благом для пациента. Финал СДС «высокая» ампутация по «жизненным» показаниям – период между впервые установленным диагнозом СДС и «высокой» ампутацией показатель качества общего лечения СД и лечения СДС.

4. Преимущества раздельной оментолапаростомии в лечении осложненных форм деструктивного панкреатита

Панов В.В., Ким И.Ю., Татевосов Э.С., Мясников Н.И.
Ростов-на-Дону
ФГКУ "1602 ВКГ" МО РФ

Цель исследования. Предложение на основании собственного опыта выполняемых хирургических вмешательств, методики раздельной оментолапаростомии.

Материалы и методы. Всего с января 2005г. по октябрь 2015г. на базе отделения неотложной хирургии ФГКУ «1602 ВКГ» МО РФ пролечено 170 больных с острым панкреатитом. Анализу подверглось 28 клинических случаев развития деструктивного панкреатита, что составило 16,4 % от общего количества больных с острым панкреатитом. Подавляющее большинство больных с деструктивными формами составили мужчины – 25 человек (89,2%), женщины - 3 (10,8%). Задачами хирургического вмешательства являлись: 1. Достаточная раздельная оментолапаростомия с обязательным ограничением сальниковой сумки от свободной брюшной полости и подкожной жировой клетчатки. Это достигалось путем подшивания брюшины к коже в проекции формируемой бурсостомы. Таким образом, ограничение поступления воспалительного экссудата поджелудочной железы в подкожную жировую клетчатку обеспечивало профилактику развития гнойно-некротического целлюлита данной зоны. 2. Установка дренажных трубок (не менее 1,0 см в диаметре) в сальниковую сумку через левосторонний люмботомический доступ ретроперитонеально с налаживанием постоянного и фракционного проточно-промывного дренирования забрюшинного пространства. 3. Исключение отягощающих факторов (в основном билиарного и энтерального генеза): холецистостомия, холедохостомия, назобилиарное дренирование, назогастроинтестинальная интубация.

Результаты и их обсуждение. В статье показаны результаты лечения 28 больных с деструктивными формами панкреатита. Анализируя результаты лечения, авторами предлагается методика раздельной оментолапаростомии, позволившая добиться положительного результата в 17 клинических случаях за счет значительного снижения риска прогнозируемых осложнений второй фазы. Острый панкреатит в течение последних нескольких лет стабильно занимает второе, а по некоторым регионам - первое место в структуре неотложной хирургической патологии, опережая острый аппендицит и холецистит. Наиболее часто причиной заболевания является злоупотребление алкоголем и желчнокаменная болезнь, а у 10-30% больных этиология острого панкреатита остается не выясненной. Адекватная оценка тяжести состояния пациента является неотъемлемой частью лечебно-диагностического комплекса, необходима при выборе тактики лечения и определении прогноза заболевания. Широкое применение в практической деятельности врача-хирурга нашла эндовидеохирургия, которая позволяет выполнить как полноценную диагностику органов брюшной полости, так и ряд лечебных манипуляций. Несмотря на применение современного арсенала медикаментозных препаратов, в ряде случаев эндогенное инфицирование поджелудочной железы вовлекает в процесс окружающие её ткани забрюшинного пространства, брюшной полости и комплекса органов внебрюшинной локализации. Как результат, остаются довольно высокими показатели летальных исходов (67,2—78,3 %). Выбор способа открытого или закрытого дренирования сальниковой сумки остается за оперирующим хирургом, зависит как от степени выраженности выявленных

патологических изменений, так и личного опыта или стандартов, применяемых в конкретном лечебном учреждении. В 9 случаях (32,1%) операция начиналась с диагностической видеолапароскопии. В 8 случаях (88,8%) из них требовался переход на лапаротомию, ревизию органов брюшной полости, сальниковой сумки, т.к. по боковым каналам определялось большое количество мутного выпота «вишневого цвета», стеариновые бляшки. В 1 одном случае (21,2%) операция завершилась подвесной холецистостомией, санацией и дренированием брюшной полости. Пациент был выписан на 27 сутки для продолжения реабилитационного лечения с диагнозом: «Острый панкреатит средней степени тяжести». В 19 случаях (67,9%) требовалась лапаротомия. Из них в 2 случаях (10,5%) применялось закрытое дренирование сальниковой сумки. При этом отсутствовали гнойно-некротические изменения парапанкреатической зоны. Поджелудочная железа имела только признаки отека. В 17 случаях (89,5%) была выполнена лапаротомия, ревизия органов брюшной полости, сальниковой сумки, некрэксвэстрэктомия, назогастроинтестинальная интубация, холецистостомия, оментолапаростомия, левосторонняя люмботомия, дренирование сальниковой сумки, брюшной полости. В последующем всем пациентам выполнялось от 4 до 15 санационных релапаротомий. Послеоперационная летальность составила 39,2% (11 пациентов). Непосредственной причиной смерти во всех случаях являлась прогрессирующая полиорганная недостаточность. В 17 случаях (60,8%) удалось добиться клинического выздоровления. Средняя длительность лечения по всем контингентам составила в среднем 34-37 суток.

Выводы. Ограничение сальниковой сумки от свободной брюшной полости и подкожной жировой клетчатки в проекции формируемой бурсостомы, проточно-промывное дренирование забрюшинного пространства, в купе с интенсивной медикаментозной терапией, начатой при поступлении в хирургический стационар, позволяет в достаточной мере ограничить распространение агрессивного ферментативного содержимого в парапанкреатическую клетчатку, свободную брюшную полость, обеспечивает профилактику прогрессирования грозных осложнений второй фазы.

5. Антибактериальная терапия пациентов отделения хирургической инфекции

Фомин А. В.¹, Зельдин Э.Я.¹, Лифман В.М.², Куновская К.В.¹, Серебро Е.Е.¹
Витебск

¹УО «Витебский государственный медицинский университет»

²УЗ «Больница скорой медицинской помощи»

Актуальность. Резистентность к антибактериальным препаратам растет, а количество тяжело протекающих и не поддающихся стандартному лечению осложненных форм гнойных заболеваний не имеет тенденции к снижению. Проблема антибактериальной терапии пациентов отделения хирургической инфекции остаётся одной из приоритетных для улучшения результатов и сокращения сроков лечения.

Цель исследования. Улучшить результаты лечения пациентов с гнойно-воспалительными процессами на основании анализа результатов бактериологических исследований и чувствительности к антибиотикам.

Материалы и методы исследования. Методом случайной выборки выполнен анализ микробиологических исследований 250 пациентов, находившихся на лечении в хирургическом отделении УЗ «БСМП» г. Витебска. Среди обследованных женщины 63%, мужчины -37%. Идентификация микроорганизмов производилась с помощью стандартных тест-систем. Для определения чувствительности к антибиотикам применялся диско-диффузионный метод на плотной питательной среде, а также метод серийного разведения. Статистическая оценка результатов проведена с помощью программы Statistica 2007.

Результаты исследования. Пациенты по характеру патологического процесса объединены в 5 групп. Абсцессы и флегмоны различной локализации были у 16,3%, гнойные процессы у 26,9%, гнойные раны у 38,5%, трофические язвы у 13,5%, воспалительные процессы у 4,8%. У пациентов с гнойными процессами преобладала грамм отрицательная микрофлора - *Klebsiella pneumoniae* (19%), на втором месте - *Proteus mirabilis* (10%). Наибольшая чувствительность выявлена к амикацину - 24.5%. Высокая устойчивость в этой группе выявлена к цефепиму (21%). В группе пациентов с абсцессами и флегмонами различных локализаций в посевах из очагов инфекции преобладал *St. Aureus* (17,9%). Наибольшая чувствительность выявлена к амикацину (17,21%) и цефтриаксону (13,11%). Микрофлора была устойчива к ампициллину сульбактаму (14,63%) и цефотаксиму (13,41%). В посевах с трофической язвы у пациентов преобладала *Kl. Pneumonia* 32,1%. Наибольшая чувствительность была выявлена к антибиотикам амикацину (71,4%), амклаву (46,4%), имипенему (28,6%) и ципрофлоксацину (21,4%). Наиболее высокий уровень устойчивости обнаружен к цефтриаксону (25%), а также к цефепиму и левофлоксацину (10,7%). У пациентов в посевах из гнойных ран преобладала грамотрицательная флора, представленная *Kl. Pneumoniae* (40%). Наибольшая чувствительность была выявлена к ципрофлоксацину (37%). Наиболее часто микрофлора была чувствительна к цефтриаксону (14%). В посевах у пациентов из группы с воспалительными заболеваниями было выявлено преобладание *St. Aureus* (40%). При анализе выявлена наибольшая чувствительность к амикацину (60%). По уровню устойчивости преобладал цефтриаксон (30%).

Заключение. У пациентов, находившихся на лечении в отделении хирургической инфекции УЗ “БСМП” г. Витебска, по результатам микробиологических исследований при гнойно-воспалительных процессах в посевах лиц с гнойными процессами, гнойными ранами и трофическими язвами преобладала *Klebsiella pneumoniae*. У пациентов с абсцессами, флегмонами и воспалительными заболеваниями преобладал *St. Aureus*. *Klebsiella pneumoniae* обладала наибольшей чувствительностью к амикацину, амклаву, имипенему и ципрофлоксацину. Наиболее устойчивой микрофлора была к цефепиму, цефтриаксону и левофлоксацину. *St. Aureus* обладал высокой чувствительностью к амикацину и цефтриаксону. Наиболее высокая резистентность была к ампициллину сульбактаму, цефотаксиму и цефтриаксону. Полученные данные позволяют изначально проводить рациональную антибиотикотерапию. До получения результатов следующего скринингового исследования с целью оптимизации схемы лечения целесообразно учитывать микробный спектр посевов и чувствительность микробной флоры к антибиотикам. Коррекцию антибактериальной терапии целесообразно проводить по результатам бактериального исследования.

6. Фатальные аррозивные кровотечения при прогрессирующем панкреонекрозе

Капшитарь А.В.

Запорожье

Запорожский государственный медицинский университет

Аррозивные кровотечения у больных панкреонекрозом развиваются в фазу расплавления и септической секвестрации из паренхимы поджелудочной железы и парапанкреатической клетчатки. Их частота при первичном гнойном панкреатите составляет 1,1-25%, вторичном гнойном панкреатите - 55%. Они сочетаются с другими тяжёлыми осложнениями (инфекция, сепсис и др.). Гемостаз является трудной задачей. Летальность в специализированных клиниках составляет 55 – 70%.

Цель работы: анализ оказания хирургической помощи больным с панкреонекрозом, осложнённым фатальным аррозивным кровотечением.

Материал и методы. Ретроспективно изучены 5 карт стационарных пациентов с панкреонекрозом, в послеоперационном периоде у которых развились аррозивные

кровотечения, закончившиеся летальным исходом. Мужчина бы 1 (20%), женщин – 4 (80%). Возраст от 43 до 66 лет. Доставлены СМП с диагнозом острый холецистопанкреатит 3 (60%) больных, перфоративная язва двенадцатиперстной кишки – 1 (20%), острая кишечная непроходимость? – 1 (20%). Сроки заболевания: до 24 часов - 1 (20%) пациент и 3-4 сутки – 4 (80%). Основным сопутствующим заболеванием у 3 (60%) больных было ожирение, у 1 (20%) – пневмония и у 1 (20%) – хронический алкоголизм, абсцидентный синдром. На рентгенографии брюшной полости у 2 (40%) больных выявлена пневматизация различных отделов ободочной кишки. Во время ФЭГДС обнаружен острый антральный гастрит задней стенки желудка, дуоденит, дуодено-гастральный рефлюкс. При госпитализации у 2 (40%) пациентов установлен острый панкреатит, у 1 (20%) – обострение хронического панкреатита и у 2 (40%) – перфоративная язва двенадцатиперстной кишки? Проведена консервативная терапия.

Результаты и обсуждение. Неэффективность консервативной терапии побудила к выполнению лапароскопии (ЛС) с предварительными диагнозами: панкреонекроз, перитонит у 3 (60%) больных, панкреонекроз, механическая желтуха – у 1 (20%) и перитонит неясной этиологии – у 1 (20%). Экстренная лапароскопия (до 12 часов) осуществлена у 2 (40%) пациентов, срочная (12-24 часа) – у 2 (40%) и отсроченная (позже 24 часов) – у 1 (20%). ЛС выполнена аппаратом фирмы Karl Storz (Германия) по усовершенствованной методике Kelling, используя манипулятор собственной конструкции. Стерильный панкреонекроз, разлитой геморрагический перитонит верифицирован в процессе ЛС у 4 (80%) больных, из которых у 2 (50%) определён геморрагический панкреонекроз, у 1 (25%) – жировой и у 1 (25%) – смешанный. Этим пациентам выполнена аспирация высокотоксичного перитонеального экссудата с амилазой 160-180 г/ч л, блокада круглой связки печени под контролем лапароскопа раствором новокаина 0,5%-120 мл, направленное дренирование брюшной полости и малого таза. Однако лечение в палате интенсивной терапии не остановило прогрессирование патологического процесса, стремительно росла тяжёлая интоксикация и больным была осуществлена лапаротомия, спустя 5 часов - 1 (25%) пациенту и 6-11 суток – 3 (75%). Обнаружены тотальные формы стерильного панкреонекроза, инфильтративного парапанкреатита, в т.ч. сливная парапанкреатическая некротическая флегмона, забрюшинная флегмона (1), левосторонняя забрюшинная флегмона (1) геморрагический оментобурсит (1) и киста головки поджелудочной железы (1). Выполнена холецистэктомия, трубчатое дренирование сальниковой сумки через отверстие Винслоу и левую поясничную область 2 (50%) больным, вскрыты парапанкреатическая флегмона и флегмона забрюшинного пространства после левосторонней люмботомии – 1 (25%) и марсупиализация сальниковой сумки - 1 (25%). У 1 (25%) пациента аррозивное кровотечение выявлено на секции. Релапаротомия потребовалась у 3 (75%) пациентов (секвестрэктомия с тугой тампонадой сальниковой сумки по поводу аррозивного кровотечения-2, расширение люмботомического левостороннего доступа, вскрытие абсцесса и затёка забрюшинного пространства-1). У последнего больного аррозивное кровотечение выявлено лишь на секции. Во время ЛС диагноз панкреонекроза не установлен у 1 (20%) пациента, а определён воспалительный инфильтрат правого подпечёночного пространства, острый деструктивный холецистит, механическая желтуха. Экстренная лапаротомия, холецистостомия, марсупиализация сальниковой сумки по поводу тотального геморрагического панкреонекроза, сдавления холедоха головкой поджелудочной железы, механической желтухи, гнойного оментобурсита, правостороннего забрюшинного инфильтрата. Аррозивное кровотечение установлено также на секции. Все больные погибли от панкреатогенного сепсиса при развитии аррозивного кровотечения. На секции у 3 (60%) пациентов имела место трансформация в гнойный панкреатит и у 2 (40%) – был геморрагический панкреонекроз. Рецидив кровотечения отмечен у 2 (40%) больных.

Выводы: 1. Аррозивные фатальные кровотечения возникли у пациентов с тотальными формами тяжёлого панкреонекроза, у 60% которых он трансформировался в гнойный панкреатит. 2. У всех пациентов выявлен сепсис и другие

парапанкреатические осложнения. 3. Остановка аррозивного кровотечения представляет довольно трудную задачу.

7. Тактические аспекты терапии пациентов с острым илиопсоитом

Коровин А.Я., Породенко Е.Е., Размахнин Е.В., Базлов С.Б.
Краснодар
ФГБОУ ВО КубГМУ Минздрава России, Краснодар, Россия

Введение. Острый илиопсоит (ИП) – воспаление подвздошно-поясничной мышцы, относительно редко встречается в практике общего хирурга, и сопровождается высокой частотой генерализованной инфекции, а летальность при этом достигает 18%. В настоящее время наблюдается тенденция к увеличению частоты этого заболевания, что связано с ростом гнойно-септических заболеваний вообще и гнойно-некротических поражений нижних конечностей в частности. До настоящего времени не применяются альтернативные взаимодополняющие схемы антибактериальной терапии (АБТ) с включением фаготерапии. Задача оптимизации местного лечения ран при остром ИП остаётся актуальной.

Материал и методы. В клинике за период с 2011 по 2016 гг. наблюдали 38 случаев ИП. Количество мужчин превалировало и составило – 26 человек (68,4%). У 15 больных (39,5%) имела место внутривенная наркомания, из них 7 пациентов были ВИЧ-инфицированы; 13 человек (34,2%) страдали сахарным диабетом 2 типа. У 34 больных был первичный илиопсоит, вызванный лимфогенным инфицированием из очагов расположенных в подкожной жировой клетчатке и коже нижней половины тела (у 24 больных) и гематогенным – из отдаленных гнойных очагов – у 10 пациентов, из них 9 страдали внутривенной наркоманией. У 2 больных причиной развития ИП явилась травма т. рsoas с последующим инфицированием внутримышечной гематомы. У двух больных был выявлен билатеральный вторичный илиопсоит, причиной его явился остеомиелит I-III поясничных позвонков. У 5 больных в комплексе АБТ для лечения ран применён поливалентный пиобактериофаг (Секстафаг®). Стандартно использовались следующие методы исследования: общеклинический; бактериоскопический и бактериологический; УЗИ и КТ брюшной полости, полости малого таза и забрюшинного пространства.

Обсуждение и результаты. У всех больных имелись клинические и лабораторные признаки системной воспалительной реакции. При проведении УЗИ в большинстве случаев (20 больных) удавалось определить увеличенную в объеме подвздошно-поясничную мышцу с неравномерной структурой и наличием гипоехогенных зон. При компьютерной томографии, выявляли увеличенную подвздошно-поясничную мышцу на стороне поражения, наличие в ней жидкостных скоплений, пути распространения инфекционного процесса и пространственную ориентацию жидкостных скоплений (СТ-3D), а также характер содержимого полостей и экссудата при инфильтративной форме ИП (по денситометрическим данным). Чувствительность и специфичность метода достигает 98-99%. Выраженность клинической картины и данные КТ- исследования имели решающее значение при выборе тактики лечения ИП. Только в одном случае принято решение консервативного лечения инфильтративной формы ИП. Четырём больным с рsoas - абсцессами было выполнено дренирование гнойного очага с УЗ-навигацией и аспирационно-промывным лечением в послеоперационном периоде. У 33 пациентов внебрюшинными доступами Израэля или Пирогова, выполнены ревизия футляра т. рsoas и моно- и билатеральной забрюшинной клетчатки, с дренированием гнойных полостей, в том числе флегмоны Brault (2 случая). Именно в этой группе больных актуальна оптимизация местного лечения послеоперационных ран комплексом АБТ. Бактериоскопическое исследование позволяло определиться с АБТ для инициальной терапии инфекции. В большинстве случаев в составе микст-инфекции превалировали *Staphylococcus aureus* (82%), *Streptococcus pyogenes* (9%), *Proteus spp.*

(4%), *Pseudomonas aeruginosa* (3%), посев роста не дал в 2% случаев. У 5 больных в комплекс АБТ включили фаготерапию. С учётом прогнозируемой вероятности реинфицирования полостных образований и тканей *m. psoas*, а также операционных ран госпитальными антибиотикорезистентными штаммами, применяли адаптированную схему фаготерапии. При консервативном лечении ИП: а) лимфотропное введение пиобактериофага в дозе 2,0 мл - инициально и на 5-е сутки лечения; б) приём препарата *per os* в дозе 20,0 мл – инициально и на 5-е сутки лечения. При оперативном лечении ИП: а) лимфотропное введение пиобактериофага в дозе 2,0 мл за 30-40 мин до операции и на 5-е сутки после операции; б) приём препарата *per os* 20 мл до операции и на 5-е сутки после операции; в) после каждой дренажной санации полостей, введение через дренажи 20 мл препарата и проведение орошения раны 20 мл препарата перед наложением повязки. Послеоперационная досуточная летальность и госпитальная летальность составили 2,6% и 7,8% соответственно.

Заключение. Для топической диагностики илиопсоита наиболее информативными являются УЗИ и КТ- исследование. Тактика хирургического лечения гнойного илиопсоита требует дифференцированного подхода к выбору оперативного доступа для дренирования. Антибактериальная терапия при илиопсоите нуждается в совершенствовании антибактериальных комплексов и комплексном применении антибактериальных доступов. Включение в схему лечения поливалентного пиобактериофага способствует оптимизации течения раневого процесса при илиопсоите, позволяет контролировать распространение госпитальной инфекции, способствует сокращению сроков лечения инфекции в 1,5 раза.

8. Тактика завершения операции при разлитом перитоните

Горский В.А., Воленко А.В., Фаллер А.П.

Москва

Кафедра экспериментальной и клинической хирургии МБФ РНИМУ им. Н.И. Пирогова

Цель – показать зависимость метода завершения операции у больных разлитым перитонитом от тяжести внутрибрюшного инфекционного процесса.

Материал. Приводим результаты лечения 373 больных разлитым перитонитом. Причины возникновения перитонита: перфоративные язвы желудка и 12-п. кишки - 132 больных, острый холецистит - 23, повреждения тонкой кишки - 28, острая кишечная непроходимость - 21, острый аппендицит - 63, перфорации толстой кишки -12, ущемленные грыжи - 10, послеоперационный перитонит - 61, прочие - 23. Критерии исключения: больные мезентериальным тромбозом, панкреатогенным перитонитом, злокачественными опухолями 1У стадии.

Результаты. Тяжесть внутрибрюшного инфекционного процесса оцениваем визуально на основании ранее выполненных бактериологических исследований, включающих определение аэробного и анаэробного компонента микрофлоры. При низкой степени бактериальной контаминации (менее 105 КОЕ/г) в брюшной полости находим прозрачный серозный выпот без запаха, легко снимаемыми наложения фибрин, отсутствие пареза кишечника. Тактика во время операций по поводу перитонитов с низкой степенью бактериальной контаминации (144 пациента) была следующей – после ликвидации источника перитонита брюшную полость промывали 2-3 литрами физ. раствора, осушивали, дренировали, рану передней брюшной стенки ушивали наглухо. Декомпрессию тонкой кишки не проводили. Лапароскопический доступ использовали в 60 случаях при перфоративных язвах, острой кишечной непроходимости, остром холецистите. Высокая степень бактериальной контаминации (более 105 мт/г) характеризуется наличием выпота бурого цвета с ихорозным запахом, массивными не снимаемыми наложениями фибрина, выраженным парезом кишечника (диаметр тонкой кишки более 5 см). В этих случаях (229 больных) применяли метод многократных ревизий и санаций брюшной полости. Источник перитонита ликвидировали. Полость

брюшины многократно промывали физ. раствором до «чистой воды» с добавлением антисептиков в последнюю порцию, тщательно осушивали. Напластования фибрина на париетальной, а в особенности, висцеральной брюшине не снимали. В обязательном порядке выполняли назоинтестинальную интубацию до илеоцекального угла с декомпрессией кишечника на операционном столе. Завершали операцию ушиванием раны передней брюшной стенки редкими лавсановыми швами через все слои. Концы нитей завязывали на бантики для удобства манипуляций при последующих ревизиях. Лапароскопический доступ и оперативный прием при перитонитах с высокой степенью бактериальной контаминации считаем не приемлемым. Пять больных умерли на первые сутки после операции от прогрессирующей эндогенной интоксикации. У 109 больных разлитым перитонитом с высокой степенью бактериальной контаминации ревизий и санаций не потребовалось. 120 больным ревизии и санации брюшной полости проводили через 24 – 48 часов. У 76 больных выполнена 1 ревизия и санация брюшной полости, у 33 – 2-3 ревизии. 11 пациентам проведено по 4 и более санационных релапаротомии. Критериям для прекращения ревизий брюшной полости служили явления разрешающегося перитонита и паралитической кишечной непроходимости. Продолжающийся перитонит после 2 ревизий брюшной полости должен настроить хирургов на поиск возможных внутрибрюшных осложнений в виде перфораций кишки, несостоятельности кишечных швов и т.д. Из 373 больных умерло 64 человека. Летальность составила 17,5%.

Заключение. Наш многолетний опыт и проведенные микробиологические исследования показывают, что оценивая источник перитонита, органолептические свойства экссудата, характер фибринозных наложений, выраженность пареза кишечника, можно достоверно предположить характер и степень бактериального обсеменения брюшной полости и выбрать оптимальный способ завершения операции у больных разлитым перитонитом. Тактические варианты лечения больных разлитым перитонитом в клинике кафедры экспериментальной и клинической хирургии РНИМУ им. Н. И. Пирогова остаются неизблемыми с 80 годов прошлого века. Единственной отличительной особенностью последних лет является лапароскопическое устранение источника перитонита и санация брюшной полости при перитоните с низкой степенью бактериальной контаминации.

9. Острые перфоративные послеоперационные язвы тонкой кишки – морфологический аспект

Сингаевский А.Б., Несвит Е.М.

Санкт-Петербург

ФГБОУ ВО СЗГМУ им. И.И. Мечникова Минздрав России

Актуальность проблемы: актуальность острых перфоративных язв тонкой кишки, развивающихся как осложнение после операций на органах брюшной полости и малого таза, в настоящее время возросла. Однако в литературе практически отсутствуют сообщения, освещающие данную проблему.

Цель работы: исследовать основные морфологические характеристики острых перфоративных послеоперационных язв тонкой кишки. Материалы и методы: изучены макро- и микроморфологические особенности острых перфоративных язв тонкой кишки, возникших как осложнение после операций на органах брюшной полости у 62 пациентов в период 2012-2017 гг.

Результаты и обсуждение: в 100,0% случаев острые перфоративные язвы тонкой кишки локализовались на ее противобрыжеечном крае. По численности перфоративных язв тонкой кишки преобладали единичные перфорации - 83,9% случаев, реже встречались по 4-5 перфораций - 12,9%, по 2-3 перфораций определялось в 3,2% наблюдений. Практически у половины пациентов, в 46,7% наблюдений эпизоды перфорации тонкой кишки неоднократно повторялись, что определяло необходимость в

последующих релапаротомиях, число которых варьировало от 2 до 13. Что касается локализации перфоративных язв, почти в половине случаев (47,7%) участком тонкой кишки, на котором отмечались перфорации, был отрезок от 101 до 150 см от связки Трейца, реже острые перфоративные язвы отмечались на участке от 51 до 100 см от связки Трейца (21,8%). При выполнении гистологического исследования 22 резецированных участков тонкой кишки с острыми перфоративными язвами были выявлены следующие морфологические изменения: наибольшей альтерации были подвержены слизистый и подслизистый слои. Во всех случаях имела место десквамация эпителия ворсин: умеренная в 72,7% случаев, в 27,3% случаев выраженная. В подслизистом слое преобладали нарушения циркуляции: в 100,0% случаев отмечалось выраженное полнокровие сосудов с явлениями эритроцитарного сладжа, в 45,5% имел место тромбоз сосудов, а в 27,3% отмечалось выраженное геморрагическое пропитывание. Важнейшим фактом является первоначальное повреждение слизистого слоя в процессе ульцерогенеза в тонкой кишке.

Выводы: возросшая частота встречаемости острых перфоративных язв тонкой кишки послеоперационного периода определяет необходимость их детального изучения, в том числе исследования морфологических особенностей данной патологии.

10. Эффективность закрытого дренирования брюшной полости у больных с вторичным распространенным гнойным перитонитом

Бокарев М.И.¹, Мамыкин А.И.¹, Алали Х.¹, Демьянов А.И.¹, Копылов А.Б.²,
Гогичавили В.В.²

Москва

¹ПМГМУ им И.М. Сеченова

²ГКБ им. А.К. Ерамишанцева.

В большинстве случаев, хирургическое лечение больных с вторичным распространенным гнойным перитонитом (ВРГП) завершают закрытым дренированием брюшной полости – в живот устанавливают одну или несколько дренажных трубок, а лапаротомную рану ушивают наглухо. Даже в тех случаях, когда первопричина перитонита полностью ликвидирована и антибактериальная терапия проводится в полном объеме, плохо функционирующие дренажи могут способствовать развитию тяжелых осложнений и помешать успешному выздоровлению пациента.

Кафедра госпитальной хирургии провела ретроспективное исследование результатов лечения больных с ВРГП, которые находились на лечении в ГКБ им. А.К. Ерамишанцева в 2018 г. Цель исследования: оценить эффективность закрытого метода дренирования брюшной полости у больных с ВРГП. В исследование вошли 108 больных, у которых, при первичном вмешательстве, использовали закрытую методику дренирования брюшной полости. Из них, 61(56,5%) пациент был мужчина, 47(44,5%) – женщина. Средний возраст – 62 ± 20 лет. Тяжесть перитонита, оцененная с помощью МИП, составила $23,4 \pm 5,3$ балла. Исходная тяжесть больных, оцененная по шкале SOFA, равна $2,1 \pm 1,6$ баллов. Умерло 43(39,8%) больных. Эффективность дренирования брюшной полости оценивали по частоте развития внутрибрюшных гнойных осложнений, в том числе, по частоте развития третичного перитонита. Внутрибрюшными гнойными осложнениями считались ограниченные и неограниченные гнойные процессы в брюшной полости. Третичным перитонитом считали перитонит, не разрешающийся более 48 часов после адекватного оперативного лечения вторичного перитонита.

Детальное изучение медицинской документации обнаружило, что из 108 оперированных больных внутрибрюшные гнойные осложнения имели место в 41(38%) наблюдении. У 13(12%) пациентов, сформировался послеоперационный перитонит, который соответствовал критериям третичного перитонита.

Проведенное исследование позволяет сделать вывод, даже в тех случаях, когда у больного с ВРГП отсутствуют прямые показания к лапаротомии, закрытый метод

дренирования недостаточно эффективен у 38% больных, что в 12% случаев сопровождается трансформации вторичного перитонита в третичный перитонит.

11. Комплексное лечение флегмон нижних конечностей у больных с СДС

Чумбуридзе И.П., Штильман М.Ю., Явруян О.А., Задыханов Э.Р., Ковалёв С.А.
Ростов-на-Дону

ФГБОУ ВО «Ростовский государственный медицинский университет» Минздрава
России

В последнее десятилетия на первый план в гнойной хирургии выходит патология, связанная с синдромом диабетической стопы. Несмотря на достаточный объем информации по диагностике, методам лечения и профилактики СДС, высокая частота и неблагоприятный исход этой патологии по-прежнему остаются неутешительными. Результаты исследований, проведенных в различных странах, свидетельствуют, что в структуре всех ампутаций нижних конечностей нетравматического характера больные СД составляют 53-68%. СДС встречается в различной форме у 30-80% больных сахарным диабетом. Гнойно - некротический процесс при СД имеет свои особенности и сопровождается иммунологическими нарушениями регуляции репаративного процесса. За последние годы достигнуты значительные результаты в механизмах регуляции раневого процесса. Важную роль в этом участвуют цитокины.

Цель исследования: улучшение результатов лечения больных с флегмонами стоп при СДС путем применения локальной вакуум терапии и ультразвуковой обработки 0,2% р-ром Лавасепта.

Материал и методы. Нами проведен анализ результатов лечения 83 больных в возрасте от 43 до 74 лет с флегмоной стопы, различной локализации на фоне СДС. У всех больных имелся ИНСД. У 32 больных (39%) диагностирована нейропатическая форма СДС. Больные были распределены на две группы: 1 исследуемая (n 38) и 2 контрольная (n 45). Пациенты контрольной группы получали традиционную общепринятую терапию, а в комплекс лечения основной была включена локальная вакуум терапия аппаратом Vivano NPWT System фирмы Hartmann. Режим прибора прерывный – 120/20 мм рт. ст. 5 и 2 мин. соответственно. Все больные были оперированы по неотложным показаниям. Во время оперативного вмешательства раневая поверхность обрабатывалась ультразвуковым кавитатором раствором 0,2% раствором Лавасепта. В качестве критериев оценки эффективности лечения служили анализ клинических результатов и исследование концентрации тромбоцитарного фактора роста (PDGF), а также фактора роста фибробластов (FGF) в отделяемом из послеоперационной раны. Для характеристики состояния раневого процесса мы использовали ведение документации по системе MEASURE. Концентрации PDGF и FGF определяли методом твердофазного иммуноферментного анализа наборами фирмы DSL (США). При подсчете результатов использовали многофункциональный фотометр Victor(Wallac, Финляндия).

Результаты и обсуждение: у больных контрольной группы, которым выполнено только оперативное вмешательство и выполнялись перевязки мазевыми повязками и 10% раствором повидон йода, длительность отека стопы наблюдалось до $8,3 \pm 0,3$ суток. Гиперемии стопы - до $6,8 \pm 0,4$ суток; появление грануляционной ткани отмечено к $13,4 \pm 0,5$ суткам; очищение раны наступало на $16,7 \pm 0,3$ сутки; гранулирование всей поверхности раны на $19,5 \pm 0,5$ сутки, полная эпителизация – на $27,7 \pm 0,5$ сутки. У пациентов исследуемой группы длительность отека стопы сохранялась до $4,7 \pm 0,4$ суток; гиперемия наблюдалась до $5,2 \pm 0,3$ суток; появление грануляций было отмечено на $9,6 \pm 0,4$ сутки; очищение раны наступало к $13,4 \pm 0,3$ суткам; гранулирование всей раны на $15,8 \pm 0,3$ сутки, эпителизация раны – на $21,3 \pm 0,3$ сутки. Изучение динамики содержания факторов роста показало, что на фоне комбинированного лечения отмечалось более раннее их появление в тканях, а в дальнейшем и более интенсивное нарастание их

концентрации. При применении цитокинотерапии у больных исследуемой группы уже с 5 суток отмечалось появление факторов роста (FGF- $8,8 \pm 1,3$ пг/мл, PDGF $3,3 \pm 1,1$ пг/мл), которые отсутствовали у больных контрольной группы. Концентрация фактора роста фибробластов и тромбоцитарного фактора роста значительно увеличивалась при использовании местной цитокинотерапии. У больных исследуемой группы концентрация FGF и PDGF ($19,4 \pm 2,4$ пг/мл и $14,4 \pm 1,3$ пг/мл) на 9 сутки была больше в 2,3 раза и в 2,6 раз, чем у пациентов контрольной группы ($12,2 \pm 1,2$ пг/мл и $3,1 \pm 0,6$ пг/мл). К 16 суткам концентрация этих факторов у больных исследуемой группы значительно превышала показатели у пациентов контрольной группы: в 2,3 раз и 5,5 раз, соответственно (исследуемая группа: FGF - $48,9 \pm 3,1$ пг/мл, PDGF- $53,2 \pm 7,3$ пг/мл; контрольная группа: FGF- $29,3 \pm 2,9$ пг/мл, PDGF- $7,8 \pm 3,5$ пг/мл).

Выводы. применение методики локальной вакуум терапии и обработка раны ультразвуковым кавитатором раствором 0,2% Лавасепт позволяет улучшить результаты лечения данной категории больных, что выразилось в ускорении течения раневого процесса, в уменьшении сроков стационарного лечения.

12. Применение фотодинамической терапии в лечении больных с распространенным перитонитом

Дарвин В.В.^{1,2}, Волкивский А.Б.², Краснов Е.А.^{1,2}, Каримов И.М.²

Сургут

¹БУ ВО «Сургутский государственный университет»

²БУ «Сургутская окружная клиническая больница»

Актуальность проблемы. Распространенный перитонит является самым грозным осложнением хирургической инфекции брюшной полости, летальность при его развитии находится на стабильно высоком уровне, достигая 33-50%. Вовлечение антибиотико-резистентных штаммов микроорганизмов в воспалительный процесс при этом осложнении вызывает необходимость поиска новых способов эрадикации патогенной флоры.

Цель работы: оценить эффективность применения фотодинамической терапии в лечении больных с распространенным перитонитом.

Материалы и методы. Проведен анализ результатов лечения 135 пациентов с распространенным перитонитом в период с января 2013 по декабрь 2018г. В контрольной группе (122 пациента) проведена традиционная санация брюшной полости, в основной группе (13 пациентов), - дополнительно интраоперационно проведен сеанс фотодинамической терапии. По всем остальным параметрам группы больных сравнимы. Критерии оценки: послеоперационная летальность, частота развития послеоперационных осложнений и их тяжесть, длительность госпитализации.

Результаты и обсуждения. В контрольной группе послеоперационная летальность составила 29,5% (36 пациентов). Количество послеоперационных осложнений – 63 (51,6%). Послеоперационные осложнения разделяли по Clavien-Dindo: 1 степени тяжести – 5 (7,9% от общего числа осложнений), 2 степени тяжести – 13 (20,6%), 3 степени тяжести – 8 (12,7%), 4 степени тяжести – 16 (25,4%), 5 степени тяжести – 21 (33,3%). Средняя продолжительность стационарного лечения у пациентов контрольной группы – $15,8 \pm 2$ койко-дней. В основной группе послеоперационная летальность составила 23,0% (3 пациента). Количество послеоперационных осложнений – 4 (30,7%). Из них 1 степени тяжести – 1 (25% от общего числа осложнений), 2 степени тяжести – 2 (50%), 3 степени тяжести – 1 (25%). Средняя продолжительность стационарного лечения у пациентов контрольной группы – $12,5 \pm 2$ койко-дней.

Выводы. Первый опыт применения фотодинамической терапии в лечении больных распространенным перитонитом позволяет выявить тенденцию к повышению эффективности традиционной санации брюшной полости и улучшению ближайших результатов лечения больных с распространенным перитонитом.

13. Перфорации ДПК при транспапиллярных вмешательствах и их хирургическое лечение

Толстопятов С.В., Коробка В.Л., Шаповалов А.М.

Ростов-на-Дону

Государственное бюджетное учреждение Ростовской области «Ростовская областная клиническая больница»

В структуре осложнений папиллотомии перфорация ДПК является трудно диагностируемым, наиболее тяжелым осложнением с высокой летальностью, достигающей 16,5-50,0% в случае присоединения инфекции.

Оценка результатов различных способов лечения больных с перфорацией стенки ДПК после эндоскопической папиллотомии стала целью исследования. С 2007 по 2018 год в ГБУ РО РОКБ с перфорацией стенки ДПК после папиллотомии на лечении находились 32 пациента: 18 (56,3%) женщин и 14 (43,7%) мужчин в возрасте от 34 лет до 61 года.

В срок до 12 часов ($5,3 \pm 4,0$) верифицировать осложнение удалось у 12 (37,5%) больных по эндоскопической картине, наличие «экстравазата» и крепитации. До развития гнойных осложнений ретродуоденальной зоны и забрюшинного пространства 20 (62,5%) больных в течение $27,3 \pm 10,1$ часов имели клинику постманипуляционного панкреатита с болевым синдромом различной интенсивности и амилаземией ($204,9 \pm 69,5$ U/l). Следствием перфорации ДПК у этих больных стал желчный перитонит – 12 (60,0%) пациентов и флегмона забрюшинного пространства с абдоминальным сепсисом – 18 (90,0%) человек. Все пациенты оперированы открытым способом. У больных с досуточной диагностикой перфорации ДПК выполнили: папиллопластику с внутренним дренированием желчного и панкреатического протока и одномоментное ушивание раны ДПК – 9 (75,0%); ушивание раны ДПК с ХДА или ХЕА – 1 (8,3%) и 2 (16,7%) человека, соответственно. При диагностике перфорации ДПК более 24 часов у 8 (40,0%) больных выполнили ушивание раны ДПК с формированием билиодигестивных анастомозов или наружным отведением желчи, и дренирование забрюшинного пространства и брюшной полости. У 12 больных, имевших выраженную клинику абдоминального сепсиса и гнойные изменения забрюшинной клетчатки, использовали оригинальный хирургический способ двухэтапного лечения (патент РФ №2674942), заключающийся в ушивании раны ДПК, разобщении желчного и панкреатического протока, отведении желчи и панкреатического сока, их возврат в ЖКТ на первом этапе. После купирования гнойных процессов через 1,5-3 месяца, вторым этапом формировали панкреатико- и холедоходигестивное соустье. Из 20 больных, которым выполнили первичную реконструкцию ДПК, осложненное течение послеоперационного периода на фоне несостоятельности швов ДПК и ХДА отмечено у 11 (55,0%) пациентов. Повторно оперировано 7 (63,6%) человек (двухэтапная операция), в 4 случаях (36,4%) применили эфферентные методы лечения и симптоматическую терапию. У 9 человек, несмотря на отсутствие осложнений, послеоперационный период протекал тяжело, что требовало усиления антибактериальной и симптоматической терапии. В группе больных, оперированных по методике двухэтапного лечения, осложнения отмечены у 5 (41,7%) больных: несостоятельность ХДА – 2 (16,7%); абсцессы брюшной полости – 3 (25,0%); внутрибрюшное кровотечение – 1 (8,3%); нагноение послеоперационной раны и эвентрация – 1 (8,3%). Повторно оперировано 3 (25,0%) человека, у 2 больных осложнения купировали консервативными мероприятиями. Общая летальность составила 18,8%. В группе больных с первичной реконструкцией ДПК умерло 4 (20,0%) человека, в группе больных с двухэтапным хирургическим лечением – 2 (16,7%) пациента.

Таким образом, первичная реконструкция ДПК возможна в течение первых суток с момента перфорации ее стенки. При развернутой клинике флегмоны забрюшинного пространства и абдоминального сепсиса отведение желчи и панкреатического сока из

компрометированной зоны с последующей реконструкцией позволяет сократить летальность от гнойно-септических осложнений.

14. Активность лизоцима в крови и перитонеальном экссудате при моделировании у крыс гнойного перитонита

Зурнаджянц В.А., Кчибеков Э.А., Мусагалиев А.А., Коханов А.В.

Астрахань

ФГБОУ ВО Астраханский ГМУ Минздрава России

Актуальность. Клиническая картина гнойного перитонита определяется характером абдоминальной инфекции, спектром бактерий, обсеменяющих брюшину, и состоянием защитных сил организма, включающих факторы иммунной системы и неспецифической резистентности. К числу последних относится антибактериальный фермент лизоцим (мурамидаза). Этот фермент разрушает клеточную стенку бактерий, преимущественно грамположительных, что вызывает их гибель. Уровень лизоцима в биологических жидкостях играет важную роль в развитии абдоминальной инфекции. В связи с этим, изучение взаимосвязи лизоцима с характером возбудителя абдоминальной инфекции имеет большое значение для ранней диагностики гнойно-септических осложнений и своевременного начала этиотропной антибиотикотерапии.

Материалы и методы. С целью исследования взаимосвязи активности лизоцима в сыворотках крови и перитонеальном экссудате с различными видами патогенных бактерий моделировали гнойный перитонит. Исследования проведены на 90 белых беспородных крыс-самцов из вивария «НИИ по изучению лепры» (г. Астрахань). Крысы были распределены на 5 опытных групп по 12 крыс, которым однократно внутрибрюшинно инъецировали пять различных культур бактерий, а 6-й группе (30 животных) моделировали асептический перитонит путем однократной внутрибрюшинной инъекции каррагинана. Крыс заражали суточными взвесями агаровых культур грамположительных *Staphylococcus aureus* (*S. aureus*), *Streptococcus pyogenes*, серовар А (*S. pyogenes*) и грамотрицательных *Proteus vulgaris* (*P. vulgaris*), *Pseudomonas aeruginosa* (*P. aeruginosa*), *Klebsiella oxytoca* (*K. oxytoca*) в концентрациях 10⁸ микробных клеток/мл стафилококка и стрептококка и 10⁷ – протей, синегнойной палочки и клебсиеллы. Эти 5 видов бактерий были выбраны в связи с их наиболее частым присутствием в перитонеальном экссудате при разлитом гнойном перитоните. Активность лизоцима в образцах перитонеальной жидкости и сыворотках крови крыс оценивалась количественно колориметрическим микрометодом образцов с тест-культурой микрококка.

Результаты и обсуждение. Уже через сутки после заражения в брюшной полости у всех животных обнаружен разлитой гнойный перитонит различной степени тяжести. В сыворотках крови крыс через сутки после заражения максимальная активность лизоцима вызывала *Klebsiella oxytoca*, через 48 часов – в группах крыс, инфицированных стафилококком, стрептококком и клебсиеллой. Наиболее выраженное различие в активности лизоцима в крови при грамположительной и грамотрицательной абдоминальной инфекции наблюдалось на третьи сутки после внутрибрюшинных инъекций: в первые сутки низкие активности лизоцима при грамположительной абдоминальной инфекции и высокие при грамотрицательной сменялись в последующие дни высокими сывороточными активностями лизоцима при перитонитах, вызванных грамположительными бактериями, и низкими активностями лизоцима при перитонитах, вызванных грамотрицательными бактериями. В перитонеальной жидкости у крыс, зараженных всеми бактериальными монокультурами, на вторые и третьи сутки наблюдения активности лизоцима были достоверно выше при бактериальном перитоните, чем при асептическом.

Выводы. Активность лизоцима в сыворотке крови крыс при моделировании бактериального перитонита имела тенденцию к нарастанию после вторых суток при

грамположительной инфекции и снижению при моделировании гнойного перитонита грамотрицательными бактериями. Активность лизоцима в перитонеальной жидкости диагностического значения не имеет.

15. Лечение хронического посттравматического остеомиелита нижних конечностей с использованием костных аллотрансплантантов

Степанюк А.А., Пушнов А.В., Лазаренко Г.Г., Степанюк А.Ф., Малахов А.Ф.
г. Могилев, Республика Беларусь
УЗ «Могилевская городская больница скорой медицинской помощи»

Введение. Посттравматический остеомиелит – одно из самых серьезных осложнений, возникающих после открытых повреждений скелета и операций на костях. По различным данным в 15–49% случаев развивается после открытых переломов и в 3% случаев – после хирургических вмешательств. Может выявляться у лиц любого пола и возраста. Вероятность возникновения увеличивается при тяжелых повреждениях с разрушением костей и обширным повреждением мягких тканей, интенсивном микробном загрязнении, несвоевременной или неадекватной хирургической обработке, наличии сопутствующих травм и заболеваний, снижающих сопротивляемость организма и утяжеляющих общее состояние пациентов. По-прежнему остается высокой частота неудовлетворительных результатов лечения и рецидивов хронического остеомиелита — 10–40%. В связи с этим пациенты нередко подвергаются оперативным вмешательствам по 5–10 и более раз, и остаются неизлеченными десятки лет.

Цель. Улучшить результаты лечения пациентов с хроническим посттравматическим остеомиелитом за счет использования деминерализированного костного аллотрансплантанта.

Материалы и методы. С 2012 по 2017 год в УЗ «Могилевская городская больница скорой медицинской помощи» в отделении гнойной хирургии оперировано по поводу хронического посттравматического остеомиелита (ХПО) 65 пациентов. Из них женщин – 20 (30,8%) пациентов, мужчин – 45 (69,2%). Средний возраст пациентов составил – $51 \pm 14,5$ (25% – 75% = 46 – 59, min 22, max 70). Для диагностики ХПО использовалось рентгенологическое исследование костей в 2-х проекциях. Лечение пациентов состояло из двух этапов: 1) трепанация пораженного участка кости, санация гнойного очага, установка промывной системы в остеомиелитическую полость кости. В послеоперационном периоде пациенту, до получения результатов посева из гнойного очага на флору и чувствительность к антибиотикам, назначались антибиотики широкого спектра действия. Также проводилась инфузионная и дезинтоксикационная терапия. 2) После очищения гнойного очага выполнялся второй этап – замещение костного дефекта костным аллотрансплантантом с кортикальным слоем у 42 (64,6%) пациентов и у 23 (35,4%) – с использованием деминерализированной костной ткани (ДКТ).

Результаты и обсуждение. ДКТ по сравнению с недеминерализованным костным аллотрансплантантом (НДКА) имеет ряд преимуществ таких как: содержит факторы роста, стимулирующие остео- и ангиогенез, ускоряет созревание и кальцификацию костного матрикса, способен к биодеградации с замещением костной ткани, а также обладает пластичностью. Как результат, у пациентов, которым проводилось замещение костного дефекта с использованием ДКТ, отмечалось статистически значимое ($p=0,0013$) снижение сроков нахождения их в стационаре ($13,4 \pm 4,9$ дня (25% – 75% = 9 – 17, min 4, max 21) по сравнению с пациентами, у которых использовался (НДКА) ($22,5 \pm 7,7$ дня (25% – 75% = 16,5 – 26,5, min 12, max 40). 3(4,7%) пациента, которым выполнялось замещение костного дефекта с использованием (НДКА), повторно госпитализировались в отделения, в связи с образованием свищей в месте трансплантации. Данным пациентам было выполнено иссечение свищей, удаление костного трансплантата (даже через год не происходило прорастание сосудами трансплантата) и заменой его, после санации остеомиелитического очага, на ДКТ. Осложнений после применения ДКТ у пациентов в

раннем послеоперационном и отдаленном периоде (через год после операции) не было выявлено.

Выводы. Использование ДКТ в лечение хронического посттравматического остеомиелита позволяет не только снизить сроки нахождения пациента в стационаре, но также позволяет избежать развития осложнений в раннем послеоперационном и отдаленном периоде.

16. Использование малоинвазивных технологий в лечение постинъекционных абсцессов

Степанюк А.А., Пушнов А.В., Лазаренко Г.Г., Степанюк А.Ф., Малахов А.Ф.
г. Могилев, Республика Беларусь

УЗ «Могилевская городская больница скорой медицинской помощи»

Введение. Не смотря на внедрение в практику одноразовых шприцев, применения высокоэффективных антибиотиков и сульфаниламидов, антисептиков, дезинфектантов количество постинъекционных осложнений, требующих оперативного вмешательства, не уменьшилось. Особое место в гнойной хирургии занимают пациенты с постинъекционными осложнениями (инфильтратами, абсцессами, флегмонами), составляющие 11,9 – 40% от общего числа пациентов с гнойно-септическими заболеваниями, находящихся на лечение в хирургических отделениях стационаров. Летальность при данной патологии может достигать 1,7 – 3,4%. В настоящее время сохраняется тенденция к росту постинъекционных осложнений, остается высоким процент их тяжелых септических форм, снижается эффективность применяемых лечебных средств - все это приводит к неудовлетворительным результатам лечения. Актуальность данного вопроса в настоящее время настолько велика, что заставляет искать новые пути к решению данной проблемы.

Цель. Улучшить результаты лечения пациентов с постинъекционными осложнениями за счет применения малоинвазивных технологий.

Материалы и методы. За период с 2012 по 2017г. в отделение гнойной хирургии УЗ «Могилевская городская больница скорой медицинской помощи» выполнено 165 оперативных вмешательств по поводу постинъекционных осложнений (ПО). Из них стентирование полости гнойника под контролем УЗИ выполнено у 33 пациентов. Женщин было 120 (72,7%) пациентов, мужчин – 45 (27,3%). Средний возраст пациентов составил – 58,1±18 лет (25% – 75% = 47 – 76, min 24, max 83). Перед операцией всем пациентам производилось ультразвуковое исследование гнойного очага. Далее под УЗИ контролем с использованием УЗ датчиков с частотой 3,5 и 7,5 МГц производилось стентирование данного образования под местной анестезией. Для стентирования использовались J-образные стенты 7-8 F. Производилось эвакуация гнойного содержимого из полости, взятие мазков на флору и чувствительность к антибиотикам, промывание полости раствором антисептика и введения в очаг антибактериального препарата (цефалоспорины 3-4 поколения). К стенту подсоединялась система активной аспирации, представленной в виде устройства для активного дренирование ран однократного применения с баллоном вместимостью 500мл.

Полученные результаты. В результате проведенного лечения с использованием малоинвазивных технологий выздоровление достигнуто у 100% пациентов. Осложнений после проведенного лечения не было. Пациенты выписаны из отделения с полным выздоровлением. У пациентов при выписке отсутствовал рубец в месте оперативного вмешательства. Сроки пребывания в стационаре и временной нетрудоспособности составили в среднем 4.5 дня.

Выводы: использование малоинвазивного метода, такого как стентирование ограниченных гнойных очагов мягких тканей под ультразвуковым контролем способствует улучшению лечения пациентов с данной патологией, за счет меньшей травматичности, отсутствие косметических дефектов в области оперативного

вмешательства, а также за счет снижения сроков нахождения в стационаре и временной нетрудоспособности почти в 2 раза.

17. Прогнозирование и дифференцированный подход в лечении больных с вторичным перитонитом и абдоминальным сепсисом

Батыршин И.М.¹, Шляпников С.А.¹, Демко А.Е.¹, Афончиков В.С.¹, Остроумова Ю.С.¹,
Насер Н.Р.¹, Склизков Д.С.¹, Фомин Д.В.¹, Тишков А.В.², Страх Л.В.²

Санкт-Петербург

¹ГБУ Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт скорой помощи им.

И.И. Джанелидзе

²Первый Санкт-Петербургский медицинский университет им. акад. И.П. Павлова

Введение. До настоящего времени вторичный перитонит, осложненный абдоминальным сепсисом, остается на первом месте среди причин хирургической летальности. Под определением разлитой вторичный перитонит кроется целый спектр клинических состояний различных по генезу и тяжести. Такая крайне гетерогенная группа пациентов требует и различных подходов к лечению.

Цель. Выделить наиболее значимые для прогнозирования течения заболевания критерии риска, а также оптимальные параметры предоперационной подготовки и объема хирургического вмешательства.

Материалы и методы. На базе «Городского центра по лечению тяжелого сепсиса» НИИ СП им. И.И. Джанелидзе в период с сентября 2018 по январь 2019 проведено проспективное исследование результатов лечения 43 пациентов с разлитым вторичным перитонитом, поступивших в отделение скорой медицинской помощи или в отделение хирургической реанимации. Больные с перитонитом, возникшим вследствие тяжелых форм панкреатита или развившимся при лечении другой патологии в стационаре, были исключены из исследования. Из 43 пациентов 19 (44%) мужчин, 24 (56%) женщины. Средний возраст составил 60+/-20. Тяжелый сепсис был диагностирован у 23 (53%) пациентов, септический шок у 5 (12%). При поступлении и в динамике осуществлялась оценка тяжести состояния больных и перитонита по шкалам SOFA, APACHE 2, MODS, MPI, WSES. В послеоперационном периоде ежедневно оценивалась тяжесть состояния больных по шкале SOFA, показатели синдрома системной воспалительной реакции, прокальцитонин и уровень С-реактивного белка.

Результаты и выводы. С помощью статистического анализа были определены значимые различия исследуемых параметров у 43 пациентов, и сформированы две выборки в зависимости от исхода лечения. Пациентов с летальным исходом было 15 (35%), выписавшихся – 28 (65%). В результате исследования выявлено, что органная дисфункция, оцениваемая при поступлении по шкале SOFA (p=0,004) и индекс коморбидности Чарлсона (ИЧ) (p=0,001) являются статистически достоверными предиктами летального исхода. Пациенты с высоким значением органной дисфункции уже при поступлении (SOFA более или равно 6) вне зависимости от каких-либо других факторов в нашем исследовании умерли. Исход лечения больных с менее выраженной органной дисфункцией в большинстве случаев зависел от индекса коморбидности (пороговое значение ИЧ=9). При анализе был выявлен моделируемый фактор - время от момента поступления до операции, которое в нашем исследовании составило 520 минут. Это вычисленное пороговое значение, после которого прооперированные пациенты с распространенным вторичным перитонитом, вне зависимости от степени выраженности органной дисфункции умерли после операции. В большинстве случаев 67(%) такой длительный временной промежуток обосновывался в медицинских картах необходимостью предоперационной подготовки. Таким образом индекс коморбидности Чарлсона и органная дисфункция, оценённая по шкале SOFA как при поступлении, так

и в динамике являются статистически значимыми предикторами исхода течения разлитого вторичного перитонита.

Динамика регресса SOFA может использоваться как показатель адекватности проводимого лечения. При этом раннее оперативное вмешательство, направленное на контроль источника перитонита, является главным элементом комплексного лечения пациентов с тяжелым абдоминальным сепсисом и септическим шоком. Чем быстрее прооперирован больной, тем больше вероятность благоприятного исхода.

18. Некоторые аспекты хирургической тактики при решении вопроса об ампутации нижней конечности у пациентов с критической ишемией и при деструктивных поражениях синдрома диабетической стопы

Кисляков В. А., Артемьев А.А., Захаров А.Н., Борисов А.И., Каплунов С.А.,
Кравченко К.В., Воробьев Г.С.

Москва

ГБУЗ ГКБ им. А.К. Ерамишанцева ДЗМ

Актуальность. Ишемия нижних конечностей при облитерирующем атеросклерозе у пациентов с сахарным диабетом (СД) и без него, продолжает оставаться важной проблемой, несмотря на развитие разных вариантов, подходов и методов реваскуляризирующих операций и эффективных схем консервативного лечения. Иногда высокая ампутация остается единственно возможным методом лечения критической ишемии конечности (КИК). В РФ ежегодно выполняется до 35-40 тыс. «больших» ампутаций, а их частота составляет 23-25 случаев на каждые 100 тыс. населения. В развитых экономически странах количество высоких ампутаций варьирует от 13,7 до 32,3 на 100 тыс. населения. Летальность от 20 до 33%. Ампутации, выполненные ниже коленного сустава, сопровождаются реампутациями почти у 50% больных. В настоящее время представляется интересным обсуждение вопроса о двухэтапной тактике лечения [Кисляков В.А., 2013, 2019, Царев О.А. с соавт., 2011, Батискин С.А., Золоев Г.К., 2019].

Цель. Проанализировать результаты комплексной этапной органосохраняющей тактики у пациентов с критической ишемией при облитерирующим атеросклерозе и синдроме диабетической стопы.

Материалы и методы. Проспективно выполнен анализ результатов лечения 247 больных с облитерирующим атеросклерозом, СД в отделении гнойной хирургии. Мы отработали сохраняющую тактику, позволяющую сохранить опорную часть стопы или выполнить ампутацию с сохранением коленного сустава. Показания к высокой ампутации определялись тяжестью состояния пациента, характером и поражением артериального русла конечности, тяжестью и распространенностью деструктивного процесса, интенсивностью болей, возрастом, мотивацией пациента. Определялась возможность реализации этапного лечения. По возрасту распределились так: 50-59 лет – 59 больных (24%), 60 – 70 лет – 16 - (59%), старше 70 лет – 42 (19%). Мужчин 82(23%), женщин 165 (77%). У всех пациентов имелась атеросклеротическое поражение с клиникой критической ишемии, некрозами пальцев, части или всей стопы, в ряде случаев с распространением некротического процесса на голень, вплоть до коленного сустава. Выполнялось стандартное обследование и оценкой артериального кровотока, консультацией ангиохирурга для оценки возможности реваскуляризирующей операции. При возможности, выполнялся тот или иной вариант реваскуляризирующей операции. Комплексная терапия включала дезагрегантную, антикоагулянтную, противовоспалительную, улучшающую реологию терапию, коррекцию гликемии, симптоматическую терапию с учетом сопутствующих заболеваний.

Результаты. Варианты ампутаций пальцев стопы, экзартикуляции; типичные и атипичные ампутации и резекции стопы были выполнены в 291 случаях. Ампутации на уровне бедра у 33 больных (в 2 случаях ввиду отсутствия эффекта от органосохраняющих операций на стопе после реваскуляризирующей операции, в 2 случаях отмечалось

прогрессирование деструктивного процесса после гильотинной ампутации на уровне н/3 голени). В 15 случаях выполнялась гильотинная ампутация на уровне в/3 бедра из-за распространенного воспалительного процесса по «влажному типу», культя не ушивалась. Гильотинная ампутация на уровне н/3 голени и в 2 случаях в с/3 выполнялись в случаях патологического процесса по «влажному типу» на стопе с прогрессированием на голень, и в случаях клиники сепсиса: 8 больных (4 в последующем выполнены реконструктивно-пластические ампутация на уровне в/3 и с/3 для последующего протезирования). 6 пациентам при локализованном некрозе по «сухому типу», но с тяжелым коморбидным фоном, с клиникой гемиплегии (когда вероятность последующего протезирования была крайне мала) выполнялся минимальный объем - гильотинная ампутация на уровне н/3 голени. Экзартикуляция в коленном суставе выполнялась при распространении гнойно-некротического процесса до уровня в/3 голени - 6. Далее придерживались следующего окончания лечебного процесса. После гильотинной ампутации на уровне бедра, после локализации воспалительного процесса (иногда выполнялись неоднократные этапные вторичные хирургические обработки) - рана ушивалась вторичными швами с дренированием. После экзартикуляции в коленном суставе - реампутация на уровне бедра выполнялась в сроки 2-4 недель после стабилизации состояния пациента. После гильотинной ампутации на уровне голени, реампутации на более высоком уровне производилась через 3-3,5 месяца, когда произойдет окончательная компенсация кровотока в культя. Такая тактика позволила значительно снизить послеоперационную летальность и создать благоприятные условия для реконструктивно-восстановительных операций.

Выводы. Решение вопроса об ампутации нижней конечности требует комплексного подхода в оценке тактики лечения. Высокая ампутация нижней конечности должна выполняться в случаях, когда исчерпаны возможности органосохраняющего лечения, и она может быть окончательной в тактике реабилитации пациента. Высокая ампутация конечности должна выполняться по жизненным показаниям в тех случаях, когда имеется «влажная гангрена», сепсис, полиорганная недостаточность и другого варианта операции для сохранения жизни пациента нет. В отдельных случаях хирургическая тактика может носить этапный характер (гильотинная ампутация на уровне стопы, н/3 голени, бедра), направленная на локализацию воспалительного процесса, ликвидацию деструктивного очага или причины сепсиса, стабилизацию состояния пациента — это определяется индивидуально.

19. Третичный перитонит, особенности хирургической тактики

Рыбаков Г.С., Эльдерханов М.М., Нурбагомедов М.С., Юровский Н.Е.
Москва
МГМСУ им. А.И. Евдокимова

Актуальность: избыточное и далеко неоправданное назначение антибиотиков способствует повышению уровня резистентности населения. Поэтому значительное число больных, поступающих с ургентной патологией, требующей обязательного экстренного вмешательства заранее обречены на возможные осложнения в послеоперационном периоде.

Материалы и методы: проведен анализ лечения 270 больных третичным перитонитом находившиеся в хирургической клинике с 2009 по 2018гг. Все больные исходно оперированы по поводу осложненной ургентной патологии. Осложненный рак различных отделов поперечно-ободочной и сигмовидной кишки имелся у 76(33,5) больных. Острый деструктивный аппендицит у 36(15,9%) пациентов. Острый деструктивный панкреатит, у 35(15,4%) больных. Осложненная дивертикулярная болезнь у 32(14,1%) больных. Осложненная язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки (ДПК) у 30 (13,2%) больных. Осложненная желчекаменная болезнь у 11(4,8%) пациентов. Мезентериальный тромбоз у 7(3,1%) больных. У 76

(33,5%) больных с осложненным раком ободочной кишки основной причиной третичного перитонита явился продолженный вторичный перитонит, некроз с перфорацией ободочной кишки у 29(38,2%), несостоятельность сигмостомы у 21(27,6%), илео-трансверзоанастомоза у 15(19,7%), сигма-сигмаанастомоза у 11(14,5) пациентов. При остром деструктивном аппендиците причиной третичного перитонита в 36 (15,9%) случаях, явился продолженный диффузный фибринозный перитонит. Абсцессы межпетельные и малого таза со спаечной непроходимостью у 16(44,4%) больных. В группе больных острым деструктивным панкреатитом в 35(15,4%) случаях, причиной третичного перитонита явилось вскрытие забрюшинной флегмоны в брюшную полость у 17(48,5%), абсцесса сальниковой сумки у 15(42,9%), вскрытие нагноившейся кисты у 3(8,5%) больных. При осложненной дивертикулярной болезни у 32(14,1%) причиной третичного перитонита явился продолженный фибринозно-гнойный перитонит, абсцесс брюшной полости в зоне выведенной части сигмовидной кишки у 17(53,1%), несостоятельность анастомоза в поперечно-ободочной кишке 4(12,5%), колостомы после операции типа Гартмана у 6(18,7%) и культы сигмовидной кишки после обструктивной резекции у 5(15,6%) больных. В группе больных с осложненным течением операций на желудочно-кишечном тракте в 30(13,2%) случаях, отмечена несостоятельность ушитой перфорации ДПК у 12(40%), культы ДПК у 9(30%), энтеро-энтероанастомоза у 6(20%) и гастро-энтероанастомоза у 3(10%) больных. При осложненной ЖКБ основной причиной третичного перитонита явилось подтекание желчи в 11(4,8%) случаях, из ложа желчного пузыря после ЛХЭ у 6(54,5%), несостоятельность холедохо-дуоденоанастомоза(ХДА) у 5(45,5%) больных. При мезентериальном тромбозе основной причиной третичного перитонита у 7(3,1%) больных явился продолженный тромбоз, множественные острые перфорации тонкой кишки, распространенный фибринозно-гнойный перитонит.

Результаты и обсуждение: легкая степень тяжести при отсутствии сепсиса отмечена у 25(11%) больных с летальностью в группе 2(8%); Средняя степень тяжести при наличии сепсиса отмечена у 62(27,3%) больных, с летальным исходом 10(16,1%) больных. С тяжелым течением сепсиса выявлено 131(57,7%) больных, с летальным исходом 38(29%) больных. Крайняя степень тяжести с септическим шоком выявлена у 9(3,96%), с летальным исходом в 5(55,5%). Третичный перитонит как распространенный отмечен у 105(46,2%), диффузный третичный перитонит у 92(40,5%) больных. Местный или отграниченный третичный перитонит, чаще в виде абсцесса наблюдался у 30(13,2%) больных. При третичном перитоните наиболее часто фибринозный перитонит у 127(55,9%) больных, вторым гнойный, с примесью кала у 74(32,6%) больных, чисто каловый в запущенных случаях у 26(11,5%) больных. По 1 программной санации выполнено 17(7,5%) больным, умерло 2(11,8%). В 25(11%) случаях выполнено по 2 программных санации, умерло 2(8%) больных. По 3 программных санации выполнено 83(36,6%) пациентам, умерло 16(19,3%) больных. По 4 программных санации выполнено 62(27,3%) больным, умерло 15(24,7%). По 5 программных санаций выполнено 18(7,9%) больным, умерло 8(44,4%). По 6 санаций брюшной полости выполнено 10(4,4%) больным, из них умерло 4(40%). В группе 7(3,1%) больных выполнено по 7 программных санаций, умерло 5(71,4%) больных. По 8 санаций выполнено 5 (2,2%) больным, умерло из них 3(60%). Реконструктивные операции в группах больных выполнялись по показаниям во время программных санаций. Больные, у которых имелись неоднократные острые повторные перфорации тонкой кишки, кишечные свищи, эвентрации на фоне третичного перитонита, лечили при открытом животе. Умерло в анализируемой группе 55(24,2%) больных.

Выводы: предикторами позволяющими определить адекватную тактику лечения третичного перитонита являются АРАСНЕ II, SOFA. Индекс брюшной полости, прокальцетонин. 2.Частота программных санаций определяется комплексом лабораторных, инструментальных и клинических данных. 3.Окончательное ушивание брюшной полости должно быть только при корреляции интегральных показателей АРАСНЕ II<14 баллов, ИБП< 13 баллов. 4.Исключить возможность развития компартмент синдрома – наложение кожных швов.

20. Диагностика и лечения третичного перитонита.

Рыбаков Г.С., Эльдерханов М.М., Нурбагомедов М.С., Юровский Н.Е.
Москва

МГМСУ им. А.И. Евдокимова

Актуальность: в настоящее время третичный перитонит остается проблемой плохо разрешимой. Летальность колеблется от 20 до 50 %. Цель исследования: изучить основные причины развития третичного перитонита и неадекватность лечения.

Материал и методы: проведен ретроспективный анализ лечения 227 больных, которым проведено лечение по поводу третичного перитонита за последние 10 лет. Распознавание третичного перитонита проводилось динамическим клиническим наблюдением с использованием клиничко-лабораторных, лучевых (УЗИ, КТ, рентген) и малоинвазивных вмешательств (лапароскопия). Очень важным является своевременная регистрация критериев синдрома системной воспалительной реакции (ССВР): температура $> 38^{\circ}\text{C}$ или $< 36^{\circ}\text{C}$; ЧСС > 90 уд.мин.; ЧДД > 20 в мин. Или $\text{PaCO}_2 < 32\text{mmHg}$; лейкоциты $> 12000/\text{mm}^3$, или $< 4000./\text{mm}^3$, наличие ранее выполненного оперативного вмешательства. ССВР выявлен у более 87% больных третичным перитонитом в зависимости от тяжести состояния. Исходную степень тяжести больных оценивали с помощью интегральной системы оценки тяжести по APACHE II. Полиорганное нарушение выявляли с помощью шкалы SOFA-последовательная оценка органной недостаточности. Все больные находились на лечении в ОРИТ. В группах больных средней, тяжелой и крайне тяжелой степени с выявленным ССВР определяли прокальцетонин (ПКТ). Больных, где ПКТ не превышал $0,5\text{нг/мл}$ было 17%; ПКТ от $0,5$ до 2 нг/л было 45%; ПКТ от 2 до 10 нг/мл был у 25,0%; ПКТ -10 нг/мл и $> 13,0\%$. Для определения стадии развития болезни и выраженности эндотоксикоза использовали сопоставление результатов интегральных показателей в баллах и прокальцетонина. Частота и необходимость программных санаций определялась по выраженности признаков индекса брюшной полости (Савельев и соавт.1998).

В группе больных с осложненным раком ободочной кишки, третичный перитонит развился у 76 (33,5%) больных. Программные санации выполнены в 155 (19,3%) случаях. Умерло 28(36,8%) больных. При остром осложненном деструктивном аппендиците третичный перитонит развился у 36(15,9%) больных. Программные санации выполнены в 108(13,4%) случаях. Умерших в этой подгруппе не было. Острый деструктивный панкреатит осложнился третичным перитонитом в 35(15,4%) случаях. Программные санации выполнены в 184(22,4%) случаях. Умерло 6(17,1%) больных. При осложнении дивертикулярной болезни в 32(14,1%) случаях продолженный фибринозно-гнойный перитонит. Выполнена 141 программная санация и 9 по требованию. Умерло 11(34,3%) больных. В группе больных с осложненным течением операций на желудочно-кишечном тракте третичный перитонит развился в 30(13,2%) случаях. Выполнено 143(17,8%) программных санаций. Умерло 6(20%) больных. При осложненной ЖКБ основной причиной третичного перитонита явилось подтекание желчи в 11(4,8%) случаях. Программные санации выполнены в 25(3,1%) случаях. Умер 1(9,1%) больной. При мезентериальном тромбозе третичный перитонит развился у 7(3,1%) больных. Выполнено 32 программных санаций и 6 по требованию. Умерло 3 (42,8%) больных. Программные санации выполнялись через 24 или 48 час после предыдущего вмешательства. Необходимо отметить, что всего выполнено 803 программных санаций. По 1 программной санации при распространенном перитоните выполнено 17(7,5%) больным, умерло 2(11,8%). В 25(11%) случаях выполнено по 2 программных санации, умерло 2(8%) больных. По 3 программных санации выполнено 83(36,6%) пациентам, умерло 16(19,3%). По 4 программных санации выполнено 62(27,3%) больным, умерло 15(24,7%). По 5 программных санаций выполнено 18(7,9%) больным, умерло 8(44,4%). По 6 санаций брюшной полости выполнено 10(4,4%) больным, умерло 4(40%). В группе

7(3,1%) больных выполнено по 7 программных санаций, умерло 5(71,4%) больных. По 8 санаций выполнено 5 (2,2%) больным, умерло 3(60%). Реконструктивные операции выполнялись во время программных санаций по показаниям.

Выводы: 1. Наиболее частыми причинами третичного перитонита являются: - несостоятельность швов -33,9%; абсцедирование-17,2%; острые перфорации язв-15,9%; ранняя спаечная болезнь-15,4%; продолженный некроз-12,8% на фоне продолженного перитонита. 2. Предикторами позволяющими определить адекватную тактику лечения третичного перитонита являются APACHE II, SOFA. ИБП, ПКТ. 3. Частота программных санаций определяется комплексом лабораторных, инструментальных и клинических данных. Основными интегральными показателями должны быть показатели тяжести APACHE II; ИБП; ПКТ. 4. Наложение анастомозов на кишечнике при третичном перитоните лучше выполнять поэтапно через 24-48 час после ликвидации источника и санации брюшной полости. 5. Окончательное ушивание брюшной полости должно быть только при корреляции интегральных показателей APACHE II <14 баллов, ИБП< 13 баллов. Исключить возможность развития компартмент синдрома – наложение кожных швов.

21. Редко встречающиеся причины медиастинита

Столяров С.И.¹, Арсютов В.П.²

Чебоксары

¹БУ "Республиканская клиническая больница"

²ФГБОУ ВО "Чувашский государственный университет им. И.Н. Ульянова"

Актуальность. Летальность при гнойных медиастинитах (ГМ) сохраняется высокой и составляет от 15,3 до 78,6 %. Одной из причин высокой летальности является поздняя диагностика и запоздалое лечение. В литературе описаны редкие причины возникновения ГМ: отогенный; хондроперихондрит ушной раковины; при реанимации закрытым массажем сердца ; баротравма пищевода; гнойный тиреоидит; гангрена и абсцесс легкого; травма нижней челюсти; остеомиелит ключицы, гнойное воспаление грудинно-ключичного сочленения и гнойные процессы костного каркаса груди; нагноение опухолей и кист средостения; вследствие заболеваний слюнных желез; вследствие распространения гнойного процесса из брюшной полости и забрюшинного пространства; осложнения катетеризации центральных вен; острый панникулит шеи; перфорация пищевода при хронических язвах, сифилисе, туберкулезе; перфорация острых язв пищевода; перфорация пищевода при болезни Ходжкина; аденофлегмона шеи при острой респираторной инфекции; как осложнение при имплантации зуба; перфорация искусственного пищевода; затрудненное прорезывание зуба мудрости; периларингеальная флегмона вследствие гнойного воспаления слизистой сумки Буайе и др. При них своевременная диагностика наиболее трудна.

Цель исследования. Проанализировать редко встречающиеся причины ГМ, результаты лечения.

Материалы и методы. В БУ «Республиканская клиническая больница» за период 1985 – 2018 г.г. на стационарном лечении находились 221 пациент с ГМ различной этиологии (первичные 113, вторичные 98). В группе первичных ГМ преобладали: спонтанный разрыв пищевода, ятрогенные повреждения пищевода, инородные тела. В группе вторичных - одонтогенные и тонзиллогенные причины. Среди всех пациентов редкие причины ГМ были у 21 (9,5%). Мужчин 16, женщин 5. Возраст пациентов от 21 до 78 лет, в среднем 48,9±1,8 лет. Результаты и обсуждение. Причины первичного ГМ (n=10): попытка протолкнуть инородное тело в пищеводе посторонними предметами (провода, вязальная спица, резиновый шланг, палка) – 4; закрытая травма шеи с повреждением гортанного хряща – 2; рубленая рана шеи с повреждением трахеи и пищевода – 1; бужирование пищевода самим пациентом – 1; перфорация острой язвы задней стенки кардиального отдела желудка – 1. Причины вторичного ГМ (n=11):

аденофлегмона шеи – 4; гнойный тиреоидит - 3; некротический эзофагит – 1; инфицированная укушенная рана шеи – 1; закрытый перелом грудины с нагноением гематомы – 1; гнойный артрит грудинно-ключичного сочленения – 1. В группе больных с первичным медиастинитом (n=113) они составили 8,8 %, а при вторичном медиастините (n=98) - 11,2%. Пациенты были переведены из других лечебных учреждений. Сроки поступления пациентов с первичным ГМ от 6 часов до 8 суток с начала заболевания, в среднем $3,7 \pm 0,4$ дня (Me 2,5; Mo 8). С вторичным ГМ от 2 до 11 суток, в среднем $6,4 \pm 0,9$ дней (Me 7; Mo 7). Позднее поступление пациентов в специализированное отделение было связано с несвоевременным обращением у 11, с диагностическими ошибками - у 5, сочетанием обеих причин - у 2. Все больные (n=21) оперированы после кратковременной предоперационной подготовки в условиях блока реанимации и интенсивной терапии. Параллельно проводились все необходимые исследования. Важнейшее значение имел выбор рационального хирургического доступа. Трансплевральный доступ применен в 4 случаях (у двоих проводилось ушивание дефекта пищевода, в одном случае задней стенки кардиального отдела желудка, в одном – экстирпация пищевода). В остальных случаях выполнены дренирующие операции, применены внеплевральные доступы: чресшейная медиастинотомия по В.И. Разумовскому у 15; передняя медиастинотомия по А.М. Сазонову у 1; сочетание вышеуказанных доступов у 1. У 3 пациентов для энтерального питания наложена гастростома по собственной методике (патент на изобретение № 2242178). 2 пациентам с вторичным ГМ была выполнена трахеостомия. У троих повторные экстренные оперативные вмешательства проведены по поводу аррозивных кровотечений. По локализации и распространенности ГМ был следующим: верхний задний - у 7, верхний задний и передний – у 6, верхний передний – у 4, тотальный передний и задний – у 3, нижний задний – у 1. Осложнения различного характера наблюдались у 13 пациентов, причем у 9 отмечены два и более осложнений. В послеоперационном периоде умерло четверо (летальность – 23,8%). Причины летальных исходов: прогрессирование ГМ, сепсис, полиорганная недостаточность – у 3; массивное повторное аррозивное кровотечение из сосудов средостения – у 2. Среднее пребывание в стационаре выздоровевших пациентов от 16 до 54 дней, в среднем - $29,2 \pm 2,1$ дня.

Выводы. Таким образом, кроме основных причин развития гнойного медиастинита возможны редкие причины этого заболевания, диагностика при которых особенно сложна и затруднительна. Большая летальность при вторичном ГМ объясняется поздним поступлением пациентов в стационар ввиду стертой клиники ГМ на фоне основного заболевания. В своевременной диагностике большую роль играют тщательно собранный анамнез, знание клиники заболевания, объективные данные, правильная интерпретация лабораторных и рентгенологических данных. Особая роль отводится методам рентгенологического исследования, включая компьютерную томографию. Лечение больных гнойным медиастинитом должно складываться из устранения источника заболевания, радикальной санации и адекватного дренирования гнойных полостей, рациональной антибактериальной, иммуностропной и дезинтоксикационной терапии.

22. Снижение интенсивности болевого синдрома у пациентов с синдромом диабетической стопы

Лебедева Е.А.¹, Давыденко А.В.², Минкин С.В.², Беляевский С.А.², Скобло М.Л.³,
Петренко Н.А.², Адлейба Л.З.¹, Лохматова В.В.¹

Ростов-на-Дону

¹Федеральное государственное бюджетное учреждение высшего образования
Ростовский государственный медицинский университет Министерства
здравоохранения Российской Федерации, Ростов-на-Дону

²Муниципальное бюджетное учреждение здравоохранения Городская больница скорой
медицинской помощи г. Ростова-на-Дону

Цель работы: уменьшение выраженности болевого синдрома при глубоком поражении тканей у пациентов с синдромом диабетической стопы.

Методы: для решения поставленной задачи проведено проспективное контролируемое слепое рандомизированное исследование, в которое включены 62 пациента в возрасте 72,0 (67,0; 83,0) лет. Критериями включения являлись наличие глубокого поражения тканей (Класс 3 и более по классификации раневых дефектов при синдроме диабетической стопы по Вагнеру); удаление некротизированных и нежизнеспособных тканей; дренирование гнойных полостей. Критериями исключения являлись наличие в анамнезе эпилепсии (или каких-либо других судорожных припадков); наличие остаточных полостей (каверны, абсцессы и воздушные кисты) в легких; тяжелые формы гипертонической болезни; нарушение проходимости евстахиевых труб и каналов, соединяющих придаточные пазухи носа с внешней средой (полипы и воспалительные процессы в носоглотке, среднем ухе, придаточных пазухах носа, аномалии развития и т.п.); клаустрофобия. Данные критерии являются противопоказаниями к проведению сеансов ГБО. Обезболивание больных в до- и послеоперационный период проводилось в соответствии с требованиями по облегчению, лечению и профилактике боли и болезненных ощущений, связанных с заболеванием и (или) медицинским вмешательством. В качестве метода оценки боли применялась визуально-аналоговая шкала (ВАШ). Целевым уровнем обезболивания больного являлось восприятие боли не более 40% по ВАШ. Начиная со 2-х суток послеоперационного периода больные разделялись методом конвертов на две группы. В I группу вошли 30 пациента, терапия которых проводилась в соответствии с клиническими рекомендациями по лечению данной патологии. Во II группу вошли 32 больных, которым в программу лечения с согласия пациента включалась ГБО. ГБО проводилась чистым медицинским кислородом, соответствующий стандартам (в нашем случае изготавливаемым ООО «Оксиген»), в барокамерах типа ОКА-МТ и БЛКС-303. Продолжительность ежедневных сеансов – режим 1,5 АТА, 45 минут, время компрессии и декомпрессии – по 15 минут. Курс кислородотерапии под повышенным давлением состоял из 5-7 ежедневных сеансов. Анализируемые группы контрольная (I) и исследуемая (II) были сопоставимы по возрасту ($p=0,87$), полу ($p=0,93$), глубины поражения тканей ($p=0,74$), виду хирургического вмешательства ($p=0,82$) и интенсивности восприятия боли в 1-е сутки послеоперационного периода ($p=0,87$). Статистическая обработка данных проводилась с использованием статистического пакета STATISTICA 6,0 (StatSoft Inc., США).

Результаты: на 3-и сутки послеоперационного периода у пациентов II группы суточная потребность в анальгетиках снизилась в 2,4 раза по сравнению с I группой ($p=0,017$). На 4-е сутки послеоперационного периода выявилась статистически значимая разница в количестве пациентов, которым не требовалось введение анальгетиков (во II-ой группе на 18,2% меньше по сравнению с I-ой; $p=0,031$). Осложнений и побочных эффектов ГБО, проявляющихся в виде головокружения и ухудшения самочувствия, не наблюдалось.

Заключение: включение ГБО в программу лечения глубокого поражения тканей у пациентов с синдромом диабетической стопы представляется целесообразным как метод снижения интенсивности болевого синдрома и позволяет уменьшить дозы анальгетиков.

23. Билиарный сепсис при холедохолитиазе: диагностика и лечение

Колкин Я.Г., Хацко В.В., Дудин А.М., Кузьменко А.Е., Шаталов С.А., Мамисашвили З.С.

ДНР, г. Донецк

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького»

Актуальность проблемы. Острый холангит (ОХ) и билиарный сепсис наблюдаются в 8,4 – 42,7% случаев холедохолитиаза (ХДЛ). Нередко результаты хирургического лечения этих больных неудовлетворительны (летальность - 9 – 58%) вследствие септических осложнений с развитием печёночной и почечной недостаточности. В некоторых публикациях представлены результаты бактериологических исследований желчи при гнойном холангите, однако в них есть определённое расхождение полученных данных. Показатели частоты инфицированности желчи при холангите колеблются от 48% и почти до 100%. Выявляют аэробную микрофлору, различные виды неферментирующих грамотрицательных бактерий, анаэробная микрофлора при холангите выявляется от 6 до 82%.

Цель исследования – улучшить результаты лечения острого холангита и билиарного сепсиса на фоне холедохолитиаза путём оптимизации способов лечения и назначения рациональной антибиотикотерапии.

Материалы и методы. За последние 8 лет в клинике лечились 177 больных с ОХ, обусловленных ХДЛ (42- в сочетании со стенозом фатерова сосочка), из них в 23,4% случаев был острый билиарный сепсис (ОБС). Среди них было 109 женщин и 68 мужчин в возрасте $57 \pm 2,4$ лет. Длительность холангита составила от 2 до 19 суток. Применены методы обследования: клиничко-лабораторные, УЗИ органов гепатопанкреатодуоденальной зоны, изучение эхоинтенсивности желчи и стенки желчевыводящих протоков (сонографические гистограммы) с помощью аппаратов «SIEMENS» SONOLINE VERSA EDC LII 400, «TOSHIBA» SSA- 220А, наличие выделения мутной желчи из желчных протоков во время дуоденоскопии и эндоскопической ретроградной холангиопанкреатографии (ЭРХПГ), бактериологическое исследование жёлчи по стандартной методике, биопсия слизистой желчевыводящих протоков при интраоперационной холангиоскопии. Определяли чувствительность микрофлоры к антибактериальным препаратам с помощью стандартных индикаторных дисков, а также выясняли инфицированность желчи в процессе лечения.

Результаты и обсуждение. Микрофлору желчи высевали в 174 (98,3%) исследованиях. У 92 (52,7%) больных микрофлора была представлена только аэробными микроорганизмами, у 3 (1,7%) – только анаэробными неклостридиальными бактериями и у 79 (45,6%) - их ассоциациями. В клинической картине билиарного сепсиса наблюдали симптомы общей интоксикации, печеночной недостаточности и энцефалопатии, которые при запоздалом лечении привели к полиорганной недостаточности у 15 (8,8%) больных. Крайне тяжелое состояние соответствовало по модифицированной шкале APACHE II 20 и более баллам. Гнойный холангит у пациентов с анаэробной инфекцией клинически протекал значительно тяжелее. У большинства больных отмечали выраженную желтуху, интоксикацию. При ОБС и обтурационной желтухе основное значение придавали активной двухэтапной хирургической тактике, приоритетному применению малоинвазивных технологий в сочетании с интенсивной инфузионной и антибиотикотерапией. Проведены следующие операции: эндоскопическая папиллосфинктеротомия (ЭПСТ) с литоэкстракцией, назобилиарным дренированием (НБД), с последующей лапароскопической холецистэктомией (ЛХЭ) через 5-7 дней – у 72 (40,8%) пациентов; ЭПСТ с литоэкстракцией и промыванием холедоха антисептическими растворами, с последующей ЛХЭ через 5-7 дней – у 35 (20%); ЛХЭ, удаление конкрементов из холедоха через культю пузырного протока, холедохостомия по Холстедту – у 26 (14,6%); чрескожная чреспеченочная холангиостомия (ЧЧХС) при высоком риске – у 15 (7,9%); ранняя лапаротомия, холецистэктомия, холедохотомия, наружное дренирование холедоха по Холстеду или Вишневному – у 29 (16,7%). В клинике показал хорошие результаты разработанный “Способ лечения острого обтурационного холангита” (патент UA №30307 от 25.02.2008 г.). Умерли 9 (5,1%) из 177 пациентов из-за явлений сепсиса и полиорганной недостаточности. За последние 5 лет летальность уменьшилась на 4,6%.

Выводы. Холедохолитиаз является одним из основных этиологических факторов развития острого холангита и ОБС. У 98,3% больных с ОХ желчь инфицирована. Этиологическим возбудителем ОХ является аэробная и анаэробная неклостридиальная микробная флора, а также их ассоциации с низкой чувствительностью к антибактериальным препаратам. Применение двухэтапного лечения, с наружным дренированием жёлчных путей на первом этапе, в сочетании с адекватной модифицированной антибактериальной терапией, является эффективным лечебным комплексом, позволяющим значительно снизить количество осложнений и летальность.

24. Особенности технологии лечения тяжелых форм гнойного перитонита с использованием терапии отрицательным давлением

Совцов С.А., Браилко А.А
Челябинск
ФГБОУ ВО ЮУГМУ Минздрава России

Актуальность проблемы. Не смотря на реально существующий прогресс в лечении основных хирургических заболеваний, еще продолжает иметь место ряд крайне неудовлетворительные результаты лечения целого ряда патологических процессов. Одними из таких состояний являются тяжелые формы разлитого гнойного перитонита, особенно при развитии абдоминального сепсиса, когда уровень развития послеоперационных осложнений составляет 31-75%, а послеоперационной летальности 43-65%.

Цель работы. Улучшение непосредственных результатов лечения пациентов с тяжелыми формами перитонита, за счет использования современных лечебных технологий.

Материал и методы. За последние три года в нашей клинике были оперированы 132 больных с разлитым гнойным перитонитом. Преобладали женщины 70 человек (53%), в возрастном составе большинство больных было до 60 лет (68,7%). Основными причинами возникновения перитонита были : прободная язва желудка и 12перстной кишки была у 41 пациента(31,3%), острый холецистит у 33 (25%), травматические ранения и острые перфорации тонкой и толстой кишки у 21 (15,6%), острый аппендицит у 12(9,4%), и прочие причины были у 25 человек (18,8%). Таким образом, в наших наблюдениях достоверно преобладали больные молодого возраста с перфоративными поражениями желудочно-кишечного тракта ($p < 0,001$). Оперативное вмешательство производили из срединного доступа. Основным принципом операции являлось радикальное удаление источника заболевания (при имеющихся возможностях), санация и дренирования брюшной полости. При вторичном перитоните выполнение одной операции ограничилось лечение у 74 человек (56,3%). У 58 (43,7%) больных были выполнены повторные операции. Эти пациенты были отнесены в группу третичного перитонита. В своей клинической практике предпочтение отдавали плановым санационным релапаротомиям (41 пациент -70,6%). У 9 (15,5%) больных применяли релапаротомии «по требованию». Всего из 132 оперированных больных умерло 22 пациента (16,7%).

Результаты и обсуждение. С целью улучшения результатов лечения тяжелых форм перитонита в последние годы были предложены и стали активно применяться в клинической практики такие хирургические технологии, как : этапные релапаротомии в форме санаций брюшной стенки в режимах « по требованию» и « по плану», «открытого живота» на фоне совершенствования протокола интенсивной терапии раннего послеоперационного периода. Одним из наиболее активно развивающихся направлений лечения тяжелых форм гнойного перитонита является использование терапии отрицательным давлением. Ее применение оказывает положительный эффект в гнойных ранах и полостях: ускоряется формирование грануляционной ткани, улучшается региональное кровоснабжение, понижаются бактериальные индексы. С учетом высокой

стоимости фирменных аппаратов для терапии отрицательным давлением (600-800 евро) в своей клинической практик использовали самостоятельно сделанные вакуумные повязки. Изучаемую группу составили 12 пациентов с тяжелыми формами гнойного перитонита, у которых использовали технологию лечения методом «открытый живот» с применением вакуумных повязок. Уровень летальности в группе пациентов, которым применялась такая методика, составил 59,1%, длительность госпитализации в отделении реанимации была 7,3 дня, уровень внутрибрюшного давления в первые сутки после операции по установке системы отрицательного давления снизился у всех пациентов.

Выводы. Применение методики терапии отрицательным давлением в практике лечения пациентов с лапаростомами показал положительную динамику снижения летальности. Использование этой технологии позволяет снизить внутрибрюшное давление у данной категории больных, уменьшить продолжительность пребывания в дорогостоящем отделении реанимации. Самостоятельно сделанные вакуумные повязки имеют значительно более низкую стоимость, по сравнению с фабричными аппаратами, что является важным преимуществом, особенно в малообеспеченных территориях. Материалы, необходимые для вакуумной повязки, легко доступны для создания их из стандартного запаса расходных материалов, имеющихся в большинстве операционных помещений. Стоимость создания каждой вакуумной повязки составляет порядка 48-50 евро.

25. Оценка клинической эффективности методов хирургического контроля источника инфекции при распространенном гнойном перитоните и абдоминальном сепсисе

Белик Б.М.^{1,2}, Мизиев И.А.^{3,4}, Мареев Д.В.², Сомкин Л.Н.², Осканян М.А.¹, Ахкубеков Р.А.⁴, Ефанов С.Ю.^{1,2}, Маслов А.И.¹, Суярко В.А.²

Ростов-на-Дону, Нальчик

¹ФГБОУ ВО «Ростовский государственный медицинский университет» Минздрава РФ,

²МБУЗ «Городская больница № 1 им. Н.А.Семашко»

³ФГБОУ ВО «Кабардино-Балкарский государственный университет им.

Х.М.Бербекова»

⁴ГБУЗ «Республиканская клиническая больница» Минздрава Кабардино-Балкарской Республики

Актуальность. Одним из основных факторов, негативно влияющих на прогноз исхода лечения пациентов с распространенным гнойным перитонитом (РГП), осложненным абдоминальным сепсисом (АС), является недостаточный хирургический контроль источника инфекции (source control). Поэтому хирургическое лечение больных с РГП и АС реализуется не только посредством традиционной лапаротомии (ТЛТ), но и применением санационных этапных (программированных) релапаротомий (ПРЛТ), релапаротомии по требованию или экстренной релапаротомии (ЭРЛТ), а также комбинацией этих методов. При этом выбор наиболее оптимальной хирургической тактики, а именно выбор способа завершения первичной лапаротомии у данной категории больных по-прежнему остается открытым. В этой связи определение ожидаемой клинической эффективности альтернативных решений при различных методах хирургического контроля источника абдоминальной инфекции (ИАИ) при РГП и АС является важной составляющей оценки результатов и прогнозирования исходов лечения.

Цель исследования: оценка клинической эффективности различных методов хирургического контроля ИАИ у больных с РГП и АС.

Материал и методы. Проведен анализ результатов обследования и хирургического лечения 402 больных с РГП и АС, находившихся на клинических базах Ростовского государственного медицинского университета (городская больница № 1 им. Н.А. Семашко г. Ростова-на-Дону) и медицинского факультета Кабардино-Балкарского

государственного университета им. Х.М. Бербекова (Республиканская клиническая больница КБР г. Нальчика) за период с 2003 по 2018 гг. Диагностика АС у больных с РГП основывалась на следующих критериях: наличие крупномасштабного (многофокусного) и/или распространенного очага деструкции и инфицирования брюшной полости + синдром энтеральной недостаточности II-III стадии + органная дисфункция двух и более органов, соответствующая оценке по шкале SOFA более 2 баллов. У 292 (72,6%) пациентов лечение РГП проведено традиционным методом (лапаротомия, устранение источника перитонита, назоинтестинальная интубация кишечника, санация и дренирование брюшной полости). У 75 (18,7%) пациентов при лечении РГП и АС применялись санационные ПРЛТ (от 1 до 4) и у 35 (8,7%) больных потребовалось выполнение ЭРЛТ по поводу возникших интраабдоминальных осложнений и/или при прогрессировании перитонита. Тяжесть состояния пациентов оценивали по шкале APACHE II, выраженность органной дисфункции - по шкале SOFA. При оценке состояния брюшной полости и тяжести РГП использовали Мангеймский индекс перитонита (MPI). Критериями исключения из исследования являлись пациенты с распространенным фибринозным перитонитом, у которых MPI был менее 15 баллов. Из 402 больных РГП умерли 150 пациентов (послеоперационная летальность – 37,3%).

Результаты и обсуждение. Из 402 пациентов с РГП у 120 (29,8%) отсутствовали клинические признаки АС. Из их числа у 41 пациента признаки органной дисфункции не были выражены или имели транзиторный характер, а у 79 больных отмечалась функциональная недостаточность лишь одного органа. Тяжесть состояния больных РГП без АС составила по шкале APACHE II $12,9 \pm 1,7$ баллов, MPI не превышал $20,4 \pm 1,6$ баллов. При РГП без АС в 81,7% случаев (98 пациентов) для хирургического контроля ИАИ было достаточно выполнения однократной ТЛТ. Послеоперационная летальность составила 9,2%. У 17 (14,2%) пациентов при лечении РГП применялись ПРЛТ. Из числа этих больных умерли 4 пациента (послеоперационная летальность – 23,5%), что было достоверно выше по сравнению с аналогичным показателем в группе больных, которым выполнялась однократная ТЛТ. Поэтому применение ПРЛТ, в тех случаях, когда ТЛТ более эффективна, следует расценивать как неоправданное, основанное на гипердиагностике степени тяжести РГП. Практическая обоснованность подобной тактики подтверждалась низкой необходимостью в ЭРЛТ у этой категории пациентов (4,2%). В целом из 120 больных с РГП без АС умерли 14 (послеоперационная летальность – 11,7%). Из 402 пациентов с РГП у 282 (70,1%) имелись клинические проявления АС. Из их числа у 184 пациентов отмечалась функциональная недостаточность двух органов и у 98 – трех и более органов. Тяжесть состояния больных РГП с АС составила по шкале APACHE II $23,4 \pm 2,3$ баллов, MPI - $32,6 \pm 2,5$ баллов. Из 282 пациентов РГП с АС у 194 (68,8%) выполнялась однократная ТЛТ. У 58 (20,6%) больных при выборе метода хирургического контроля ИАИ была выбрана ПРЛТ. При этом отсутствовали достоверные различия в показателях летальности при применении у этой категории больных ТЛТ (46,9%) и ПРЛТ (46,5%). Лишь у пациентов РГП с дисфункцией двух органов при проведении ПРЛТ уровень летальности (34,3%) был несколько ниже по сравнению с больными, которым выполнялась однократная ТЛТ (39,4%). У 30 (10,6%) пациентов РГП с АС возникла необходимость в выполнении ЭРЛТ, что было в 2,5 раза чаще по сравнению с категорией больных РГП без АС. Наиболее высокий уровень послеоперационной летальности был отмечен у больных РГП и АС с дисфункцией трех и более органов (65,3%). При этом отсутствовали статистически значимые различия в показателях летальности между категорией пациентов, которым выполнялась ТЛТ (62,9%), и категорией больных, которым осуществлялись санационные ПРЛТ (65,2%). В целом из 282 пациентов РГП с АС умерли 136 (послеоперационная летальность - 48,2%).

Выводы. Комплексное применение объективных многопараметрических оценочных шкал APACHE II и SOFA, а также MPI позволяет четко стратифицировать наиболее тяжелую категорию пациентов РГП с наличием органных дисфункций и АС, что имеет решающее значение для выбора способа хирургического лечения и метода контроля ИАИ. У больных РГП без АС выбор однократной ТЛТ в качестве метода

хирургического контроля ИАИ является наиболее обоснованным и эффективным. Применение ПРЛТ следует считать в значительной мере оправданным у больных РГП и АС с дисфункцией двух органов при дооперационной оценке индекса шкалы APACHE II от 15 до 23 баллов и МРІ – от 26 до 32 баллов в случаях невозможности контроля ИАИ во время первой операции. Учитывая крайне высокий уровень летальности при выполнении ЭРЛТ у больных РГП (20,0% - при дисфункции одного органа и 76,9% - при дисфункции трех и более органов), целесообразно максимально объективизировать показания к применению этого метода хирургического контроля ИАИ.

26. Острый гнойный паразитарный холангит

Азиззода З.А.^{1,2}, Курбонов К.М.^{1,2}, Рузбойзода К.Р.^{1,2}, Даминова Н.М.³
Душанбе, Таджикистан

¹Кафедра хирургических болезней №1 ТГМУ им. Абуали ибни Сино

²ГУ «Комплекс Здоровья Истиклол»

³Кафедра общей хирургии №1 ТГМУ им. Абуали ибни Сино

Актуальность проблемы. Тяжелое и опасное осложнение эхинококкоза печени и желчных путей, является паразитарная желтуха. Присоединение инфекции при механической паразитарной желтухе приводит к развитию паразитарного гнойного холангита (ПГХ), летальность при котором достигает до 30-40%. ПГХ, как правило, развивается на фоне гепатодепрессии и тяжелой эндотоксемии, что требует выполнения неотложных миниинвазивных вмешательств.

Цель исследования – улучшение результатов лечения больных эхинококкозом печени и желчных путей осложненного ПГХ.

Материалы и методы. Располагаем опытом лечения 19 больных с ПГХ. Женщин было – 11 (57,9%), мужчин – 8 (42,1%). Возраст больных составил от 24 до 83 лет. ПГХ в 11 (57,9%) развивался при первичном эхинококкозе печени (ЭП), вследствие прорыва в магистральные желчные протоки, в 5 (26,3%) первичный ЭП прорывался в сегментарные внутрипеченочные желчные протоки, у 43 (15,8%) ПГХ развивался при первичном поражении стенок общего желчного протока. Для диагностики ПГХ проводили клиничко-лабораторные методы исследования крови, показатели эндотоксемии, лучевые методы – рентгенография брюшной и грудной полости, УЗИ, МРТ и эндоскопические методы исследования.

Результаты и обсуждение. Клинически заболевание в 85% наблюдений протекало проявлением синдрома эндогенной интоксикации и септического ПГХ, а в 15 (78,9) с признаком МПЖ и эндотоксикоза. Лабораторные показатели эндотоксемии также были повышенными (МСМ, АлАт, АсАт). После проведения комплексного УЗИ у 19 (100%) больных, КТ – 3(%) и МРТ – 2(%), а также эндоскопических методов исследования на первом этапе лечения применяли миниинвазивные декомпрессивные вмешательства. Так, в 13 (68,4%) пациентам выполняли ЭПСТ с последующим удалением фрагментом хитиновой оболочки, дочерних кист с назобилиарным дренированием остаточной полости. В 2 наблюдениях при стриктуре гепатикохоледоха первичным эхинококкозом желчного протока произведено транспапиллярное дренирование зоны паразитарной стриктуры. При ПГХ в 2 наблюдениях была произведена видеолапароскопическая холедохотомия с удалением элементов паразита с трансколедохальным дренированием остаточной полости. Еще в 2 случаях при ПГХ под контролем эндоскопической ультрасонографии проведена пункция общего желчного протока с удалением элементов паразита и застойной гнойной желчи с последующим дренированием желчных протоков. После выполнения миниинвазивных декомпрессивных вмешательств осложнения в виде кровотечения (n=2) и желчеистечения (n=1) отмечены в 3 наблюдениях. Повторных операций эти осложнения не потребовали. Всех 19 пациентов с ПГХ после миниинвазивных вмешательств оперировали через 1,5-3 месяца в безопасном периоде радикально.

Выводы. При ПГХ патогенетически обоснованным является выполнение двухэтапных методов лечения, позволяющие снизить частоту послеоперационных осложнений и летальности.

27. Неклостридиальный анаэробный инфицированный панкреатит

Курбонов К.М.^{1,2}, Курбонов И.К.^{1,2}

Душанбе, Таджикистан

¹Кафедра хирургических болезней №1 ТГМУ им. Абуали ибни Сино

²ГУ «Комплекс Здоровья Истиклол» Душанбе, Таджикистан

Актуальность проблемы. Одним из самых сложных вопросов в абдоминальной хирургии является диагностика и лечение инфицированного панкреатита. Инфицирование некротических асептических участков поджелудочной железы возникает вследствие транслокации бактерий при возникновении синдрома кишечной непроходимости и внутрибрюшной инфекции. Малоизученным является этиологические особенности инфицированного панкреонекроза (ИПН) и роль анаэробной неклостридиальной инфекции (НАИ) в развитии гнойно-некротического парапанкреатита.

Цель исследования – изучить этиологические факторы инфицированного панкреонекроза.

Материалы и методы. Под наблюдением находились 52 пациента с ИПН. Возраст пациентов составило от 32 до 74 лет. Женщин было 31 (59,6%) , мужчин 21 (40,4%). Причинами острого панкреатита в 28 (53,8%) случаях являлась билиарная патология, в 22 (42,3%) – алкогольно – алиментарная форма и в 2 (3,9%) травмы поджелудочной железы. Для диагностики ОП и ее септических осложнений больным проводили клинично-лабораторные и биохимические методы исследования, а также УЗИ, КТ, МРТ и видеолапароскопия. Исследование микробного пейзажа ИПН, проводили бактериологическим анализом крови, перитонеального экссудата, забрюшинного пространства, содержимого жидкостных скоплений, секвестров поджелудочной железы и биоптатов забрюшинной клетчатки.

Результаты и обсуждение. Необходимое время, в течение которой происходила контаминация некротических тканей поджелудочной железы и забрюшинного пространства - было 2-3 недели. Исследование биологических материалов на наличие НАИ проводили газово – хроматографическим и масс – спектрометрическим методом в 52 наблюдениях. Микробиологическое исследование в 34 (65,3%) наблюдениях проводили при распространенных формах ИПН и в 26 при панкреатогенных абсцессах при субтотальных и тотальных ИПН и наличии СКН. Наиболее часто у пациентов ИПН выделялись *Bacteroides* – 57,3%, *B.pregalis* – 53%, *B. vulgaris* – 8,4%, *Peptostreptococcus* – 14% и *Peptococcus* – 11%. Тогда как при локализованных формах ИПН доминировали энтерококки (*E. faecalis* – 22,5%, *E.coli* – 29,9% и *Staphylococcus spp* – 24,1%). Степень выраженности бактериальной обсемененности асептических некротических зон поджелудочной железы и забрюшинного пространства во многом зависело от глубины и конфигурации некроза паренхимы поджелудочной железы. При глубине некроза более 50% и расположении в области головки, перешейка и тела гнойно – септические осложнения развивались на 8-10 сутки с доминированием НАИ в 24 наблюдениях. Так, в 58,8% высевание *Bacteroides*, в 8,2% - *Fusobacterios*, *Peptococcus* – 12,4%, *Peptostreptococcus* – 9,4% . Выводы. Инфицирование асептических некротических участков поджелудочной железы НАИ возникают не только при обширных объемах некротизированных тканей, но и при глубине некроза более 50%.

28. Этапное хирургическое лечение гнойно-некротических осложнений острого панкреатита в Ставропольском крае

Актуальность. Одним из тяжелейших осложнений острого панкреатита является гнойно-некротическое поражение забрюшинной клетчатки и брюшной полости. Диагностирование инфицированных очагов при панкреонекрозе ухудшает прогноз заболевания и увеличивает летальность более чем в 2 раза.

Материалы и методы. На базе отделения гнойной хирургии ГБУЗ СК СККБ за последние 5 лет проведено лечение 146 больных с гнойно-воспалительными осложнениями острого деструктивного панкреатита. По характеру гнойных осложнений преобладали перитонит – у 67(45.9%), абсцессы сальниковой сумки – у 42(28.7%), парапанкреатической клетчатки – у 3(2%), поддиафрагмального пространства – у 2 (1.3%) и флегмоны забрюшинного пространства – у 21(14.3%). Подавляющая часть больных, а именно 137 (93,8%), были оперированы первоначально в районах края в различные сроки от начала заболевания.

Результаты и обсуждения. Объем оперативного вмешательства в условиях районной больницы включал в себя верхнесрединную лапаротомию, некрэктомию. Операцию завершали формированием панкреатооментобурсостомы и дренированием брюшной полости, по показаниям – забрюшинных пространств. В отделениях интенсивной терапии районных больниц проводилась консервативная терапия в доступном объеме. В дальнейшем больные консультировались по линии «Санитарной авиации» специалистами ГБУЗ СК СККБ и переводились в клинику гнойной хирургии для дальнейшего лечения. 9(6%) больных были оперированы первично в нашей клинике на 4-10 сутки нахождения в стационаре. Все они были госпитализированы в клинику по экстренным показаниям с диагнозом острый панкреатит, на 3-5 сутки от начала заболевания. Проведенный анализ лечения гнойных осложнений острого панкреатита в стационарах края показывает, что в хирургических отделениях районов и городов края используются различные подходы к хирургическому лечению, способам дренирования брюшной полости, сальниковой сумки и забрюшинного пространства, нередко нет возможности для адекватной интенсивной терапии в послеоперационном периоде, имеет место запоздалая диагностика гнойно-некротических очагов. В связи с этим больные с тяжелыми формами острого деструктивного панкреатита концентрируются в клинике гнойной хирургии краевой клинической больницы. При лечении гнойных осложнений острого панкреатита в клинике использовался весь комплекс мероприятий, включающий консервативную терапию и активные этапные хирургические вмешательства, которые предпринимаются в ближайшие 24-48 часов с момента перевода больных в клинику. Нами выработана следующая хирургическая тактика в отношении гнойных осложнений панкреонекроза: а) при прогрессирующем перитоните, флегмоне парапанкреатической и забрюшинной клетчатки производятся программированные релапаротомии, санации и дренирование или редренирование брюшной полости, сальниковой сумки; б) при выявлении ограниченного некроза поджелудочной железы, наличии абсцессов парапанкреатической клетчатки, поддиафрагмального пространства используются малоинвазивные вмешательства пункции и дренирования с удалением секвестров под ультразвуковым, рентгенологическим контролем, а также компьютерной навигацией, в том числе при флегмонах забрюшинного пространства. Этапное программированное хирургическое лечение осложнений гнойного панкреонекроза всегда дополняется комплексным интенсивным лечением, с использованием дезинтоксикационной терапии – плазмаферез, ультрафильтрация крови, иммунокоррекция, инфузионная терапия и антибиотикотерапия. Повторно и многократно оперированы 98.7% больных. Этапные санации производились с интервалом 48-72 часов вплоть до ликвидации перитонита и забрюшинных гнойных очагов. В среднем у одного больного произведено 2,7 программированных санаций

брюшной полости. По мере очищения тканей от секвестров, стойкого снижения, отделяемого по дренажам, при появлении грануляций лапаростома закрывалась. Применение малоинвазивных методов дренирования гнойно-некротических очагов ограничивалось тем, что большинство пациентов были ранее оперированы в районных больницах. У 15 (10,2%) больных удалось использовать малоинвазивные методы дренирования и санации под ультразвуковой и рентгенкомпьютерной навигацией.

Выводы. Тактика этапного хирургического лечения гнойных осложнений острого панкреатита, в том числе, с использованием малоинвазивных пункционно-дренажных методов под ультразвуковым и рентгенологическим контролем, позволила снизить летальность до 10,5%. Накопленный в крае опыт оказания медицинской помощи больным с тяжёлыми формами острого панкреатита свидетельствует о целесообразности 2-х этапного лечения: районная больница (1-й этап), краевая клиническая больница (2-й этап). При этом перевод из 1-го этапа на 2-й этап необходимо осуществлять в течение 24 – 96 часов от начала заболевания для ранней визуализации очагов поражения и своевременного использования экстракорпоральных методов детоксикации и малоинвазивных методов лечения.

29. Эффективности ранняя хирургическая тактика при лечении эхинококкового перитонита

Бабажанов А.С., Ахмедов А.И., Тоиров А.С.
Самарканд, Узбекистан

Самаркандский государственный медицинский институт

Цель исследования: изучение особенности своевременной диагностики и тактики хирургического лечения эхинококкового перитонита.

Материалы и методы: за последние 8- лет на базе самаркандском городском медицинском объединении обследовали получили хирургическое лечение 42-больных эхинококкозом с различными осложнениями органов брюшной полости в возрасте от 16 до 76 лет. Мужчин было 14, женщин было 28. Больным произведено общее клиническое обследование, включая флюорографию. Особое внимание обращалось на жалобы больных, характеризующие боли в животе разлитого характера. Ультразвуковое исследование органов брюшной полости проводили всем 42- больным, при неясных случаях компьютерная томография проведена 4 больным для дифференцирования мелких полостных образований в области печени других органов брюшной полости. На основании клинико- лабораторных, рентгенологических и ультразвукового исследования обнаружены нагноившиеся кисты печени у 30 больных, и у 12 подозрение на разрыв нагноившихся кист в брюшной полости, осложненной перитонитом.

Результаты: все больные с клиникой перитонита экстренно были оперированы широким средно- срединным доступом. После эвакуации жидкости из брюшной полости проведена санация брюшной полости и уточнен источник перитонита. У 8 больных обнаружен разрыв эхинококковой кисты правой доли печени, у 2больных разрыв нагноившейся кисты селезенки. Остаточные полости промыты, и обработаны, 5 больных произведено частичное иссечение (перцистэктомия) фибринозной капсулы кисты. Остаточная и брюшная полость дренированы толстой полипропиленовой трубкой. Таким образом, оперативная тактика при осложненных эхинококкозах органов брюшной полости должна быть индивидуальной и преследовать цель как лечение основного заболевания, так и адекватное лечение общего перитонита.

30. Результаты лечения больных с гнойно-некротическими формами синдрома диабетической стопы

Восканян Э.А., Федюкин М.А., Чотчаев Ш.А., Кувакин Д.В., Надха Р.Е., Царцидзе Г.Л.,
Заводский К.Н.
Пятигорск
ГБУЗ СК "Городская клиническая больница" г.Пятигорска

По оценкам всемирной организации здравоохранения в мире насчитывается 194 миллиона больных с сахарным диабетом (СД). В России СД болеет около 3,7 миллиона человек. До 70% ампутаций на земном шаре, связано с СД. В течение 3 лет после ампутации бедра умирает 35% пациентов, в течение 5 лет 75 %. Цель исследования: оценить результаты лечения больных с гнойно-некротическими формами диабетической стопы по материалам гнойного отделения Клинической больницы г.Пятигорска. Материалы и методы. Всем больным проводилось общеклиническое обследование. Клинический и биохимический анализ крови (сахар крови, белок, мочевины, креатинин, липидограмма). Суточные колебания сахара, гликозилированный гемоглобин, коагулограмма крови. В связи с мультидисциплинарным подходом все больные осматриваются эндокринологом, для подтверждения формы диабета, его тяжести, степени компенсации, необходимости проведения инсулинотерапии, офтальмологом, неврологом, терапевтом, кардиологом, для коррекции сопутствующей патологии. Всем больным производится УЗДС артерий нижних конечностей, при котором оценивается состояние магистральных сосудов. И осматриваются сосудистым хирургом с целью возможности реконструктивной операции. Больным проводится рентгенография стоп для выявления остеомиелита и уточнения стадии артропатии. За 6 лет в отделении гнойной хирургии пролечено 351 больной с гнойно-некротическими формами диабетической стопы. Возраст больных колебался от 45 до 81 года. Из них 246 больных были старше 60 лет (70%). С нейроишемической формой 253 больных, нейропатической формой – 98. Более 50 % (191) имели распространенный характер гнойно-некротического процесса и относились к 3-4 степени по Вагнеру. Следует отметить, что инфекционный процесс при синдроме диабетической стопы носит полимикробный характер и обусловлен аэробно- анаэробными ассоциациями особенно при нейроишемической форме. Лечение больных с гнойно-некротическими формами СДС должно быть мультидисциплинарным и должно объединять специалистов хирурга, эндокринолога, ортопеда. Тактика лечения формируется от характера и степени распространенности воспалительного процесса, наличия критической ишемии и общего состояния пациента. Всем больным в первые сутки проводилась дистальная некрэктомия, вскрытие и дренирование гнойно-некротических очагов, с последующей ультразвуковой обработкой раневой поверхности. Осуществлялся суточный контроль гликемического профиля и коррекция гликемии с помощью короткого инсулина. Проводились ежедневные этапные санационные некрэктомии, в течение 5-7 суток. Подключалась гипербарическая оксигенация и разгрузка конечностей. Критерием прекращения некрэктомий являлось купирование прогрессирования гнойно-некротического процесса и появление грануляций. При небольших раневых поверхностях раны заживали вторичным натяжением, в отдельных случаях применялась аутодермопластика. Обязательным элементом консервативной терапии является компенсация уровня гликемии, антибактериальная терапия, сосудорасширяющие препараты, иммуномодуляторы, витамины группы В и Сулодексид. Системная антибактериальная терапия осуществлялась фторхинолонами (Левифлоксацин) и ингибитор-защищенными пеницилинами(Амоксицилин). Считаем обязательным проведение компьютерной педографии для дальнейшей коррекции индивидуальными ортопедическими изделиями. Там, где была показана сосудистая реконструкция больные направлялись в Сердечно-сосудистый центр Краевой клинической больницы. За 6 лет при лечении гнойно-некротических форм синдрома диабетической стопы в отделении произведено ампутаций на уровне бедра 93(27,1%), ампутация на уровне голени 10(2,9%), различные остеонекрэктомии, ампутации пальцев, частично стоп с сохраненной опорной функцией конечности у 248 больных(70%) Средний к/д снизился

21,7 до 15,5. Заключение: в основу лечения больных с СДС должен быть положен мультидисциплинарный подход. Примененный алгоритм лечения и выбора хирургической тактики различных форм СДС позволило снизить прогрессирование гангренозного процесса и количество высоких ампутации почти на 50% и у большинства больных сохранить опороспособную функцию конечности.

31. Случай успешного лечения номы в «ГБУЗ СК ГКБ г. Пятигорска»

Давидян Г.В., Восканян Э.А., Федюкин М.А., Заводский К.Н.

Пятигорск

ГБУЗ СК "Городская клиническая больница" г. Пятигорска

Нома или водяной рак является формой влажной гангрены челюстно-лицевой области. Заболевание известно с древности и еще в недавнем прошлом встречалось в США и Европе в период мировых войн, революций, экономических кризисов, среди узников концлагерей. В развитии заболевания играет роль аналогичная смешанная инфекция полости рта, как при язвенно-некротическом стоматите. Однако водяной рак, начинаясь со стоматита, не ограничивается поражением слизистой полости рта, а быстро распространяется на соседние мягкие ткани и вызывает их обширный некроз. Важным сопутствующим фактором является длительное ослабление организма вследствие голодания, болезней и стресса. По этой причине в наши дни нома встречается в Африке и не наблюдается в развитых странах. Таким образом, обнаруженный нами случай номы представляет исключительное явление для России. Больной Оганесов А.А. 1956 г. р. обратился в ГБУЗ СК ГКБ г.Пятигорска с жалобами на болезненную припухлость мягких тканей под нижней челюстью слева с переходом на переднюю поверхность шеи, наличие черной коркообразной поверхности в подчелюстной области слева, затрудненное открывание рта, дискомфорт и болезненность при глотании и приеме пищи, температуру тела до 39, 5С.. Со слов около года назад появилась боль в зубе в области нижней челюсти слева. За мед. помощью не обращался. С течением времени появилась припухлость в области нижней челюсти слева, которая быстро увеличивалась. В последующем в подчелюстной области слева появилось покраснение, затем пузырь сине-багрового цвета, который покрылся черной безболезненной «коркой». Повысилась температура тела до 38,0 С. В стомат. поликлинике был удален 7 зуб нижней челюсти слева. После чего состояние резко ухудшилось, отек увеличился, боли усилились, появилось затрудненное открывание рта, слабость, температура тела до 40С. Консультирован инфекционистом, ЛОР-врачом – патологии не выявлено. Осмотрен челюстно-лицевым хирургом г. Ставрополя, с диагнозом «Тумор переднебоковой поверхности шеи слева с распадом.» направлен в КОД г.Ставрополя. Осмотрен в КОД ЛОР-онкологом, со слов взяты ткани на патогистологическое исследование и рекомендована госпитализация в плановом порядке на оперативное лечение. Состояние больного ухудшалось, отек увеличивался, боли усилились, нарастали симптомы общей интоксикации. Бригадой ССМП доставлен в ГБУЗ ГКБ г.Пятигорска. Местно: контуры лица нарушены за счет выраженного инфильтрата околоушно-жевательной, подчелюстной, подподбородочной области, боковой и передней поверхности шеи слева. Кожа здесь гиперемирована, в складку собирается с трудом. Пальпаторно инфильтрат на всем протяжении плотный, с участками умеренной болезненности в области тела нижней челюсти слева. На коже передней поверхности шеи над инфильтратом темно-коричневого цвета некротическая «корка» полигональной формы до 12-14см, с ободком гиперемии по периферии. В полости рта левая небная миндалина увеличена в размере, бугристая, болезненная, с наличием участков распада, тканевым детритом и зловонным запахом. . На серии КТ лицевого скелета, мягких тканей шеи определяются признаки инфильтрата в подчелюстной области слева с абсцедированием, распространением процесса на крылочелюстную и окологлоточную область. На этапе лечения дважды проводилось патогистологическое исследование тканей, атипичные клетки не

обнаружены. На посевах обнаружена типичная микрофлора номы (*Treponema Vincentii*). В области инфильтрата констатирован некроз мягких тканей, отторжение которых в последующем привело к обширному сквозному дефекту. В последующем неоднократно проводилась некрэктомия. Проведенное лечение (цефтриаксон, метрогил, линкомицин, комбилипен, мексидол, супрастин, диабетон, кетонал, перевязки). Пациент находился в стационаре в течение месяца, выписан на амбулаторное лечение. Рана полностью зажила вторичным натяжением, что является дополнительным и окончательным признаком, исключающим злокачественный неопластический процесс. До начала заболевания, со слов родственников, пациент длительное время находился в стрессовом состоянии (смерть близкого человека), плохо питался, злоупотреблял вредными привычками (алкоголь, табакокурение), отказывался наблюдаться у врача. На момент поступления в стационар у пациента наблюдалась гипергликемия до 17ммоль/л и сопутствующим диагнозом был выставлен Сахарный диабет 2 типа, впервые выявленный. На данный момент пациент в удовлетворительном состоянии, регулярно наблюдается у ЧЛХ. Рана зажила вторичным натяжением, без значительных рубцовых деформаций. Данный случай показывает, что нома может встречаться в нашей стране, особенно на фоне стресса и роста популярности псевдонаучных диет среди населения.

32. Применение терапии отрицательным давлением в лечении пациентов с несформированными кишечными свищами

Демко А.Е., Шляпников С.А., Батыршин И.М., Остроумова Ю.С., Склизков Д.С.,
Фомин Д.В.
Санкт-Петербург
ГБУ «Санкт-Петербургский НИИ СП им. И.И. Джанелидзе»

Актуальность проблемы: несмотря на то, что уже в течении многих лет выработана определенная тактика в вопросах консервативного и хирургического лечения несформированных кишечных свищей (НКС), летальность по-прежнему остается высокой и составляет от 40 до 87%, что в свою очередь требует поиска новых решений в терапии данной категории больных.

Цель: применение методики терапии локальным отрицательным давлением (NPWT) выводит возможности местного ведения раны с несформированным кишечным свищем на совершенно новый уровень, что позволяет значительно улучшить результаты лечения пациентов с НКС. Ряд авторов отмечает возможности не только консервативного закрытия НКС при применении NPWT, но и использование методики при реконструктивных операциях по раннему закрытию лапаростомы с функционирующим кишечным свищем.

Материалы и методы: в городском центре по лечению тяжелого сепсиса СПб НИИ СП им. И.И. Джанелидзе пролечено 24 пациента с несформированными кишечными свищами с применением вакуум-ассистированных методик. В 14 случаях при одиночных свищах и в 9 при множественных. Из 24 пациентов было 19 со свищами высокой продукции. Показанием для применения NPWT являлось наличие высокопродуцирующего свища (одиночный или проксимальный полный при множественных), открывающийся в лапаростому площадью более 40 см². Ретроспективно по меддокументации сформирована группа сравнения, репрезентативная по демографическим и этиологическим параметрам, в которой не применялась NPWT. Размер группы составил 23 случая. Для сравнения эффективности местного ведения ран оценивались следующие показатели: летальность, динамика раневого процесса по ряду показателей (сроки очищения раны, краевая эпителизация, фиксация краев лапаростомы), исход раневого процесса, характер антибактериальной терапии.

Результаты и обсуждения: в основной группе летальный исход наступил у 6(25%) пациентов, в группе сравнения у 8(35%). По динамике раневого процесса – появление

краевой эпителизации в основной группе наступило на 12+/-4 сутки, в группе сравнения на 32+/- 6. Очищение раны произошло (КОЕ<103) – в основной группе - на 6+/-4 сутки, в группе сравнения на 18+/-10. Фиксация краев в группе сравнения наступила на 25+/-13 сутки, в основной при применении NPWT к 9+/-5 суткам. По исходам раневого процесса (оценивались только выжившие) в основной группе было больше выражено вторичное заживление, нежели чем в контрольной (6 случаев к 2). По длительности применения антибактериальной терапии статистически значимого различия не получено (традиционное ведение лапаростомы -24,1+/-11 и 28,4+/-10 суток при NPWT). Однако частота смен схем АБТ при закрытии вакуум ассоциированными повязками статистически ниже (2,75+/-0,5 к 4,44+/-0,7). Выводы: Применение систем с NPWT для временного закрытия передней брюшной стенки в практике ведения пациентов с лапаростомами с кишечными свищами показывает положительные результаты в плане снижения летальности. Использование хирургической тактики с применением NPWT достоверно позволяет снизить частоту смен применяемых комбинаций антибактериальных препаратов. Применение NPWT значительно снижает время формирования лапаростомы, снижает сроки ее очищения, что в свою очередь позволяет выполнить ее закрытие (СДП) в более короткие сроки.

33. Показания к дуоденостоме при резекции желудка

Ивачев А.С., Ивачева Н.А., Нозиров Ф.Э.
Пенза

Пензенский институт усовершенствования врачей-филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО
Минздрава России

Проблема «трудной» дуоденальной культы в желудочной хирургии представляет высокую угрозу развития внутрибрюшинных осложнений и летальных исходов. Причин для возникновения трудности формирования дуоденальной культы известны давно: выраженная деструкция стенки кишки; "низкое" расположение язвенного дефекта, что требует атипичного пересечения её; нарушения интрамурального кровообращения в результате мобилизации кишки; повышение внутридуоденального давления на 30 см водного столба, анемия. Кроме этого, несостоятельность кишечных швов при травме duodeni является частой и основной причиной летальных исходов.

Цель – определить показания для формирования культы двенадцатиперстной кишки для профилактики несостоятельности её швов. Проведен анализ 17 историй болезни больных после резекции желудка по Б-П по поводу язвенной болезни с несостоятельностью швов дуоденальной культы и 19 историй болезни, где была сформирована профилактическая дуоденостома. Несостоятельность швов дуоденальной культы наблюдали через 1-11 суток после операций. Только в одном наблюдении показанием к вынужденной релапаротомии был выраженный болевой симптом без явных признаков перитонита (резекция желудка на выключение). В других наблюдениях поводом к повторной операции был перитонит. В 12 случаях (70,6%) причиной несостоятельности считаем выраженность язвенного дефекта на задней стенке более 2,5 см с инфильтрацией стенок кишки. У 4 больных (23,5%) операции выполнены на фоне анемии (Hb < 30 гр/л). В одном случае (5,9%) считаем причиной несостоятельности швов технические нарушения во время операции. У 19 больных были сформированы дуоденостомы по следующим показаниям. Во-первых, при выраженной анемии (Hb < 35 гр/л) на момент операции. Операции выполняли при рецидиве или продолженном кровотечении. Во-вторых, деструкция дуоденальной стенки объективно оценить невозможно. В данном вопросе прежде всего присутствует субъективный фактор. Поэтому было принято за степень деструктивного процесса принимать размеры язвенного дефекта. Если язвенный кратер был диаметром свыше 3 см или распространялся на ¾ и более периметра стенки кишки – выставляли показания к дуоденостоме. В-третьих, расположение язвенного дефекта дистальнее луковицы

duodeni. Трудность заключалась в мобилизации верхне-горизонтального отдела кишки, опасности травматизации холедоха и ткани головки поджелудочной железы. В-четвертых, вынужденное формирование культи в один ряд с натяжением передней стенки. Как правило, ситуация наблюдалась при интрамуральном отеке кишечной стенки. В-пятых, большая вероятность развития послеоперационного панкреатита в результате глубокой пенетрации язвенного дефекта и большого интраоперационного травматизма ткани поджелудочной железы при отделении задней стенки кишки. Во всех наблюдениях выполняли боковую дуоденостому по принципу Витцеля – местом выбора введения микроиригатора было начало нисходящего отдела duodeni. Длительность нахождения микроиригатора была от 14 суток до 1,5 месяцев. Осложнений у дуоденостомы не отмечено.

Выводы. Показаниями к формированию дуоденостомы после резекции желудка по Б-II следующие: 1 – анемия (Hb < 35 гр/л); 2 – диаметр язвенного дефекта более 3 см или распространение ulcerозной деструкции на $\frac{3}{4}$ периметра и более стенки кишки; 3 – расположение язвы дистальнее луковицы кишки; 4 – вынужденное ушивание культи двенадцатиперстной кишки в один ряд с видимым натяжением передней стенки duodeni; 5 – глубокая (более 1 см) пенетрация язвы в ткань поджелудочной железы и большая травматизация железы при отделении задней стенки.

34. Топические особенности двенадцатиперстной кишки

Ивачев А.С., Нозиров Ф.Э., Ивачева Н.А.

Пенза

Пензенский институт усовершенствования врачей-филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО
Минздрава России

При резекциях желудка и травмах двенадцатиперстной кишки бывает необходимым формировать дуоденостому с целью её декомпрессии. В ряде наблюдений наружное дренирование duodeni позволяет предотвратить несостоятельность швов культи двенадцатиперстной кишки.

Цель – изучить на трупах особенности форм и расположения двенадцатиперстной кишки для определения наиболее оптимального места формирования дуоденостомы. На 42 трупах изучены топографические особенности расположения двенадцатиперстной кишки. По различным авторам в двенадцатиперстной кишке выделяют либо 3 отдела (верхнюю горизонтальную, нисходящую и нижнюю горизонтальную), либо 4 отдела (верхнюю горизонтальную, нисходящую, нижнюю горизонтальную и восходящую). В наших наблюдениях в 22 случаях (52,38%) нижняя горизонтальная и восходящая отделы неразличимы и были представлены сплошной горизонтальной кишкой. Изучены длина и диаметр каждого отдела. Верхняя горизонтальная в среднем была протяженностью 5,17 см, шириной 3,02 см. Нисходящая часть кишки была наиболее длинной – 7,73 см и шириной 3,12 см. Нижняя горизонтальная была незначительно длиннее верхней горизонтальной (5,73 см), а диаметр был тот же (3 см). Восходящая часть была наиболее короткой и составляла 2,79 см, шириной – 2,68 см. Таким образом, средняя протяженность двенадцатиперстной кишки равнялась 21,42 см при диаметре 2,96 см. Были изучены особенности перехода верхней горизонтальной в нисходящую и нисходящей в нижнюю горизонтальную. Верхний угол в среднем составлял 76,4° (от 45° до 120°). Размеры нижнего угла были более постоянными (от 70° до 120°) и в среднем составлял 97,42°. Наибольший интерес представляло наличие связочного аппарата кишки. Наиболее часто (24 наблюдения или 57,14%) встречались гепатодуоденальная и дуоденоренальная связки. В 11 наблюдениях кишка была связана только гепатодуоденальной связкой. В 3-х случаях (7,14%) связочный аппарат отсутствовал. Форма кишки была различной. В 26 наблюдениях (61,9%) форма кишки максимально напоминала классическую форму из анатомического атласа. В остальных случаях кишка имела форму от О-образной и сплюсненной до Е-подобной. Таким образом, условия для

формирования дуоденостомы не всегда бывают оптимальными, что в последующем может отразиться на её эффективности.

35. Острая тонкокишечная непроходимость в практике общехирургического стационара центральной районной больницы

Оленев Е.А., Частикин Г.А., Выговский Н.В., Губанков А.В.
Р.П. Краснообск, Новосибирский район, Новосибирская область
ГБУЗ НСО Новосибирская клиническая центральная районная больница

Актуальность проблемы. Сегодня проблема острой тонкокишечной непроходимости остаётся одной из сложных проблем в хирургии. Острая тонкокишечная непроходимость в структуре механической кишечной непроходимостью составляет от 64,3 до 80% (Шаповальянц С.Г. и соавт, 2015). Особенности её причин возникновения, патогенеза и патоморфологических изменений обуславливают её более тяжёлое течение. Летальность при данной патологии может достигать от 5,1 до 8,4% (Багненко С.Ф. и соавт., 2004; Андрейцев И.Л., 2005). Тем более вопросы диагностики и лечения данной ургентной хирургической патологии приобретают особую важность в условиях центральных районных больниц.

Цель работы. Проследить эффективность диагностики и лечения пациентов с острой тонкокишечной непроходимостью.

Материалы и методы. Анализ данных 21 истории болезни выписанных и умерших пациентов с острой тонкокишечной непроходимостью за период 2018г. в отделении хирургии Новосибирской клинической центральной районной больницы. Возраст - от 23 до 78 лет. Мужчин 14 человек (66,7%), женщин 7 человек (33,3%). Применялись клинический, рентгенологический, топографо-анатомический и статистический методы исследования.

Результаты и обсуждение. Среди всех вышеуказанных в исследовании пациентов 19 (90,47%) поступили в экстренное приёмное отделение больницы с клиникой острой кишечной непроходимости (ОКН) по линии службы "Скорой медицинской помощи", 2 пациента (9,52%) с подозрением на ОКН экстренно направлены от врача-хирурга поликлиники. Давность возникновения симптомов – от 2 часов до недели. 11 пациентам (52,38%) ранее выполнялось оперативные вмешательства из срединных или нижнепоперечного доступов. Пять из них ранее от одного до 3 раз уже госпитализировались в хирургические стационары по спаечной болезни и получали консервативное или оперативное (при спаечной ОКН) лечение. Трём пациентам (14,28%) по тяжести состояния, после короткой предоперационной подготовки в хирургическом или реанимационном отделениях была выполнена экстренная операция в объёме диагностической лапароскопии или лапаротомии: в первом случае обнаружен канцероматоз брюшной полости (4,76%), в остальных двух – странгуляционная тонкокишечная непроходимость с резекцией некротизированного участка кишечной петли и формированием энтеро-энтероанастомоза (4,76%) и спаечная тонкокишечная непроходимость с перфорацией деформированной кишки и развитием распространённого фибринозно-гнойного перитонита, выполнялась обструктивная резекция поражённого участка с последующими программными релапаротомиями (4,76%). В 18 случаях (85,71%) пациенты были оперированы в срочном порядке – при неэффективности консервативной терапии или «стоп-контрасте» при пассаже бариевой взвеси: всем выполнялась лапаротомия, в 15 случаях диагностирована спаечная тонкокишечная непроходимость (71,42%), выполнены частичный энтеролиз (33,33%), обходной энтеро-энтероанастомоз (38,1%), в 3 случаях (14,28%) канцероматоз брюшной полости, один из которых с первичным очагом в правом яичнике, выполнены эксплоративная операция, в последних двух случаях – выведена петлевая двустольная илеостома. По тяжести состояния все пациенты в постоперационном периоде находились в отделении реанимации и интенсивной терапии, далее – в хирургическом

отделении. Летальность встречалась в 3 случаях (14,28%) у пациентов со странгуляционной тонкокишечной непроходимостью, спаечной тонкокишечной непроходимостью, осложнённой перитонитом и канцероматозом брюшной полости, и была обусловлена поздним обращением за медицинской помощью или тяжёлой сопутствующей патологией, распространённостью и прогрессированием основного заболевания.

Выводы. В подавляющем большинстве случаев встречалась острая спаечная тонкокишечная непроходимость. В экстренном порядке оперированы пациенты с перитонеальными симптомами и инфекционно-токсическим шоком после осмотра врача анестезиолога-реаниматолога соответствующей предоперационной подготовки. Летальность обусловлена поздним обращением пациентов и развитием септических осложнений, прогрессированием запущенного онкологического процесса и декомпенсацией сопутствующей терапевтической патологией. Возможности диагностической службы и госпитальной базы центральной районной больницы позволяют эффективно обследовать и лечить пациентов с острой тонкокишечной непроходимостью, при необходимости проводятся консультации со специалистами Санитарной авиации или вышестоящих медицинских организаций.

36. Возможности прогнозирования и лечения рекуррентного перитонита

Топчиев М. А., Паршин Д. С.
Астрахань
ФГБОУ ВО Астраханский ГМУ МЗ РФ

Одной из самых сложных проблем в лечении интраабдоминальной инфекции является диагностика и лечение рекуррентного перитонита (РП). Под РП понимается воспалительный процесс в брюшной полости, развивающийся после эпизода «вторичного перитонита», имеющего свою, отличную от вторичного, микрофлору, характеризующегося неспособностью к локализации процесса и отсутствием непосредственного очага. Одним из постоянных проявлений РП является «синдром системного противовоспалительного ответа», который выражается в состоянии иммунопаралича. Основными причинами в возникновении РП являются неадекватная санация брюшной полости, транслокация возбудителей из желудочно-кишечного тракта, нозокомиальное инфицирование и др. В настоящее время отсутствуют достоверные прогностические, диагностические критерии, а также эффективные методы лечения РП.

Целью исследования являлось оценить прогностические возможности перитонеальной лазерной доплеровской флоуметрии (ПДФ) и улучшить результаты лечения больных РП. Оперировано 48 пациентов с различными заболеваниями органов брюшной полости, осложненными разлитым перитонитом. Все больные оперированы открытым доступом и разделены на две равные, сопоставимые группы. Всем больным после лапаротомии выполнялась ПДФ, которая повторялась после устранения источника и санации, а также через 24 и 48 часов после операции. Показатели микрокрово- и микролимфоциркуляции снимались с париетальной брюшины, тонкого и толстого кишечника аппаратом «Лазма МЦ». Исследовали: параметр микроциркуляции (ПМ; перф.ед), среднее квадратическое отклонение, средние колебания перфузии относительно среднего значения ПМ (СКО, σ , перф.ед), а так же коэффициент вариации (K_v ,%). Данные сравнивались с показателями перитонеальной микроциркуляции полученными при плановых операциях по поводу не воспалительных заболеваний. Статистическую обработку данных проводили с использованием пакета программ «Graph Pad InStat 3». Различия считались достоверными при $p \leq 0,05$. В группе исследования после выполнения основных этапов операции лечение дополнялось внутривенным введением (ВВ) лекарственных средств путем катетеризации правой желудочно-сальниковой вены. ВВ антибиотиков, гепатопротекторов и иммунокорректоров проводилась в виде продлённой инфузии в течение 3-5 сут. Так же

в группе исследования проводилась энтеральная антигипоксическая терапия (ЭАТ). В контрольной группе препараты вводились традиционными путями. При динамическом исследовании тяжести состояния больных с использованием шкал АРАСНЕ II, а так же индекса брюшной полости (ИБП) оказалось, что на старте лечения сумма баллов в группе исследования составила $16,4 \pm 0,2$ и $16,8 \pm 0,4$, а в группе сравнения $16,6 \pm 0,3$ и $17,1 \pm 0,4$ соответственно. В обеих группах значения ПМ, СКО и Кv характеризовались выраженными нарушениями пре- и посткапиллярного сопротивления и расстройствами тканевой перфузии статистически не различались и составили $17,9 \pm 1,54$, $5,43 \pm 0,36$ и $36,8 \pm 3,88$ соответственно. Через 24 часа показатели микроциркуляции в группах имели свои отличия. В группе исследования значения ПМ, СКО и Кv составили в среднем $19,9 \pm 1,34$, $3,43 \pm 0,23$ и $18,8 \pm 3,88$ соответственно. В группе сравнения сохранялась картина нарушенной тканевой перитонеальной перфузии, и показатели составили $21,9 \pm 1,42$, $2,43 \pm 0,18$ и $14,8 \pm 3,32$ соответственно. Через 48 часов значения ПМ, СКО и Кv в группе исследования в среднем составили $21,34 \pm 1,88$, $3,45 \pm 0,20$ и $22,07 \pm 4,31$ соответственно, а в группе сравнения $20,87 \pm 1,12$, $2,86 \pm 0,22$ и $14,9 \pm 1,12$. На 5-е сутки лечения показатели АРАСНЕ II и ИБП были статистически ближе к нормальным значениям в группе с ВПВ и составили $8,3 \pm 0,3$ и $9,6 \pm 0,2$, в то же время в группе исследования эти значения составили $10,6 \pm 0,3$ и $12,6 \pm 0,4$ баллов соответственно. Осложнений после ВПВ и ЭАТ не было. Средний койко-день в отделении реанимации в группе сравнения составил $4,6 \pm 0,3$, в группе исследования – $3,1 \pm 0,2$ дня. Общий средний койко-день в группе исследования составил $9,8 \pm 0,7$, в группе сравнения – $14,5 \pm 0,4$. В группе исследования РП развился у 3-х больных, в группе сравнения у 6 пациентов. Средние значения перитонеальной микроциркуляции у больных с развившемся РП через 48 часов после операции составили: ПМ – $21,44 \pm 1,42$ перф.ед.; СКО - $2,88 \pm 0,29$ перф.ед.; Кv – $14,9 \pm 1,18\%$. ($p \leq 0,05$) Летальность в группе сравнения составила 14,3%, в группе исследования – 10,2%. Методика ПЛДФ дает возможность оценить степень нарушения тканевой перфузии у больных разлитым перитонитом. Включение в комплекс лечения ВПВ и ЭАТ позволяет более быстро купировать полиорганную дисфункцию и уменьшить риск развития РП. Методика динамической ПЛДФ является перспективной в прогнозировании риска развития РП и требует многоцентровых рандомизированных исследований.

37. Оментопластика культи бронха при хирургическом закрытии бронхоплеврального свища после пневмонэктомии

Столяров С.И.

Чебоксары

БУ "Республиканская клиническая больница"

Наиболее грозным для жизни хирургическим осложнением пневмонэктомии (ПЭ) является несостоятельность культи главного бронха (НКГБ) удаленного легкого, которая приводит к формированию бронхоплеврального свища (БПС), развитию эмпиемы плевры (ЭП), гнойно-септических осложнений. Частота их возникновения колеблется от 1,4% до 20%, в среднем 9,4%. Летальность от гнойно-септических осложнений после ПЭ достигает 25-71,2% (в среднем 56,6%). Современные методы лечения этих пациентов требуют высоких материальных затрат, трудоемки, эффективны лишь в 50% случаев.

Цель и задачи исследования. Проанализировать результаты пневмонэктомий за период с 1984 по 2018 годы по поводу различных заболеваний.

Материалы и методы. В БУ «РКБ» за период 1984 – 2018 гг. 92 пациентам выполнена пневмонэктомия.

Результаты и их обсуждение. Мужчин 80, женщин 12. Возраст пациентов от 21 до 81 года, в среднем $51,0 \pm 1,1$ года. Показанием для выполнения пневмонэктомии явились: центральный рак легкого – 48; пневмоцирроз – 12; гипоплазия легкого – 9; деструктивная пневмония – 6; гангрена легкого – 6; хроническая эмпиемы плевры с «решеточным

легким» - 6, бронхоэктазии – 4; туберкулез – 1. Левосторонняя пневмонэктомия выполнена у 43, правосторонняя у 49. Свищи главного бронха образовались у 9 пациентов (9,8%). Слева – 3, справа - 6. Ранняя первичная – у 3 (размеры до 5 мм), поздняя первичная и вторичная – у 6 (размеры свыше 5 мм). При ранних первичных размером НКГБ до 5 мм проведена консервативная терапия с положительным результатом. Оперировано 4. Двоим проведена контрлатеральная трансплевральная реампутация культи левого главного бронха по М.И. Перельману с положительным эффектом. Двоим выполнена оментобронхопластика с удовлетворительным результатом. Приводим наше наблюдение оментопластики при вторичной НКГБ после плевропневмонэктомии по поводу деструктивной пневмонии. Больной К., 49 лет находился на лечении в БУ «РКБ» с 13.03.2013 года по 21.05.2013 года с диагнозом: Гангрена средней доли правого легкого. Гангренозный абсцесс С2 правого легкого. Острый абсцесс С6 слева. Хроническая эмпиема плевры справа с бронхоплевральными свищами. ДН 2-3 ст. 27.03.2013 года выполнена видеоторакоскопия справа, некрэктомия, санация правой плевральной полости. 04.04.2013 года – Торакотомия справа, атипичная резекция средней доли, некрэктомия. В процессе лечения деструктивная полость в левом легком закрылась, сформировалась правосторонняя хроническая эмпиема плевры с множественными бронхоплевральными свищами по типу «решетчатого легкого». Проводилась консервативная терапия с промыванием полости эмпиемы антисептиками, общеукрепляющая, иммуностимулирующая терапия без положительной динамики. 24.07.2013 года проведена торакотомия, правосторонняя плевропневмонэктомия. Послеоперационный период на 10-е сутки осложнился вторичной НКГБ, острой тотальной ЭП, флегмоной грудной стенки, сепсисом, полиорганной недостаточностью. Швы с торакотомной раны сняты, наложена торакостомы. В последующем проводилось открытое ведение правой остаточной плевральной полости. После стабилизации общего состояния пациенту 22.01.2014 года выполнена оментобронхопластика. Произведена верхнесрединная лапаротомия. Мобилизован большой сальник с сохранением правой желудочно-сальниковой артерии, перемещен в области грудинно-реберного треугольника справа. На переднюю стенку брюшной полости наложены провизорные швы. Окаймляющим разрезом мягких тканей в области торакостомы иссечены стенки плевроторакального свища с резекцией деструктивных участков 3,4 ребер на протяжении 8 см. Через ложе 3 ребра произведено расширение раны. Остаточная полость небольших размеров, по задне-медиальной поверхности имеется свищевое отверстие до 0,5 см с грануляционной тканью вокруг, свищевое отверстие дополнительно визуализировано интраоперационной фибробронхоскопией. Кюретаж стенок остаточной полости. В проекции щели Морганьи справа выполнена диафрагмотомия. Мобилизованный участок сальника выведен на грудную стенку. Края большого сальника фиксированы узловыми викриловыми швами к краям рассеченной диафрагмы. Установлены дренажи в плевральную полость и поддиафрагмальное пространство. Лапаратомная рана зашита послойно. Остро выделены края бронхиального свища. Выполнена внутрисветная оментобронхопластика. Из дистального конца мобилизованного большого сальника формировали два лоскута. Центральный лоскут адаптировали к размеру просвета культи бронха и внедрили до карины под контролем ФБС. Второй лоскут располагали перибронхиально и фиксировали отдельными швами циркулярно. Остаточная полость дренирована 2 дренажами. Операционная рана зашита послойно. В процессе лечения состояние стабилизировалось. 13.02.2014 был выписан домой на амбулаторное лечение. Консультирован через 6 лет. Состояние удовлетворительное. Предъявляет жалобы на слабость, одышку. ЖЕЛ – 50% от должного, ФЖЕЛ – 54%, ОФВ1 – 56%, тест Тиффно – 107%. После ингаляции 2 доз сольбутамола прирост ОФВ1 на 4%. Обзорная рентгенография легких от 11.02.2019 г. – Отмечается высокое стояние правого купола диафрагмы. Тотальное затемнение правого легочного поля за счет фиброторакса. Органы средостения смещены вправо. При фибробронхоскопии определяется культя правого бронха без признаков воспаления.

Выводы. Таким образом, оментобронхопластика при НКГБ после пневмонэктомий с развитием тотальной эмпиемы плевры может повысить эффективность оперативных вмешательств при данном осложнении.

38. Этиология и дифференциальная диагностика острого аппендицита, тифлит

Малеев Ю.В.¹, Авилов Г.В.¹, Фомин Н.Ф.², Чередников Е.Ф.¹, Малюков Н.А.¹

¹Воронеж, ²Санкт-Петербург

¹ФГБОУ ВО «Воронежский государственный медицинский университет им. Н. Н. Бурденко» Минздрава России, г. Воронеж, Россия.

²Военно-медицинская академия (СПб) им. С.М. Кирова

Аннотация. Как не парадоксально, но на сегодняшний день проблема острого аппендицита (ОА) не перестает быть актуальной. Осложнения обусловлены трудностью диагностики данного хамелеоно-подобного заболевания у лиц различного пола и возраста. Смазанность клинической картины, симуляция симптомов других нозологических заболеваний увеличивают диагностический период и могут привести к развитию грозных осложнений для жизни пациента «на ровном месте», особенно когда червеобразный отросток (ЧО) «спрятан топографо-анатомически».

Материалы и методы. Проанализировано 193 клинических случая пролеченных пациентов с ОА в БУЗ ВО "ВГКБСМП № 10". Мужчин было 109 (56,5%), женщин – 84 (43,5%); средний возраст – 46±5 лет.

Результаты и их обсуждение. Ишемия ткани ЧО вследствие сосудистой недостаточности ведет к появлению болей в зоне патологического очага, последующему рефлекторному спазму сосудов данной области и как следствие – еще большей степени развития ишемии. Отек на стадии катарального воспаления ЧО, обильное выделение слизи в просвет отростка приводит к дальнейшему сдавлению артериальных сосудов, кровоснабжающих ЧО, равно, как и нарушает венозный отток из него. А уже присоединяющееся на этом фоне патологическое действие начинающей менять свой характер микрофлоры кишечника запускает каскад дальнейших патоморфологических реакций в ЧО, области илеоцекального угла и в организме в целом. Пато-физиологически происходит смещение рН среды в кислую сторону (ацидоз). ОА развивается также и вследствие механической внутрипросветной окклюзии (обтурации) ЧО и илеоцекального угла при спазме гладкой мускулатуры сосудов микроциркуляторного русла и самого отростка (теория застоя Ашоффа, глистная инвазия, механическая – щетинки зубной щетки, семечки и т.д.). Именно таким образом происходит нарушение кровоснабжения, развитие ишемии и возникновение первичного аффекта в слизистой стенке ЧО. В наших наблюдениях ОА чаще развивался у пациентов молодого и трудоспособного возраста: средний возраст мужчин составил 46±4 года, а женщин – 45±5 лет. В клиническом полиморфизме заболевания было выявлено: нарушение перистальтики кишечника (47,8%); острый инфекционный процесс (20,2%); несбалансированное питание – превалирование в рационе продуктов с большим количеством клетчатки; преобладание жирной, жареной, соленой, копченой пищи с высоким содержанием консервантов и красителей (57%); чрезмерные физические перегрузки с преимущественным вовлечением мышц передней брюшной стенки (17%); алиментарная аллергия с длительным отсутствием клинических проявлений (5%). Острый тифлит проявлялся на фоне полного здоровья. Пациентов беспокоила постоянная тупая боль в правой подвздошно-паховой области (локальная болезненность – 97%), никогда не носящая характер колики. Болезненность по всему животу – 3%. В 33% исследований боль irradiировала на внутреннюю поверхность бедра. Учащение пульса (92%), гипертермия – 37,5 – 38,0°C (70%), больной часто отмечал озноб (77%), сухость во рту, общую слабость и недомогание (100%), которое неуклонно росло; головную боль (87%), повышенное потоотделение (гипергидроз). В 47% – многократная диарея, в 65% – тошнота, в 87% – рвота (как правило, однократная), не приносящая

облегчения. Копрограмма: в 100% – повышено количество мышечных волокон, клетчатки; реакция кала – кислая. При употреблении большого количества мясной пищи в кишечнике происходит сдвиг pH в кислую среду, что соответственно ведет к «неуемному» размножению патогенной микрофлоры. А, следовательно, приводит к расстройству кровообращения и иннервации ЧО и илеоцекального угла, а ишемия усиливает спазм сосудов и еще большее нарушение трофики всех слоев ЧО, но в первую очередь – слизистой. В свою очередь трофические нарушения ЧО обуславливают снижение естественной сопротивляемости тканей к населяющим кишечник микробам, которые последовательно внедряются в стенку ЧО со стороны слизистой и вызывают снижение его сопротивляемости по отношению к населяющей микрофлоре. Таким образом, мы считаем, что в основе развития ОА лежит сосудистый и нервно-рефлекторный механизм с пробиотическим компонентом.

Выводы. 1. Первоначальные расстройства кровоснабжения ЧО чисто механического характера приводят к выраженным трофическим нарушениям в стенке ЧО, что создает предпосылки для последующей манифестации инфекции со стороны внутреннего футляра ЧО. В дальнейшем площадь и скорость развития некротических изменений, равно как и их характер, определяется обширностью первоначальных трофических расстройств в ЧО. 2. Тифлит в первую очередь следует дифференцировать с правосторонней почечной коликой, воспалением дивертикула Меккеля, глистной инвазией, инвагинацией кишечника, патологией органов малого таза. 3. Клиническая картина, степень и характер осложнений при ОА и в послеоперационном периоде обусловлены прежде всего индивидуально-типологическими особенностями кровоснабжения и состоянием лимфоидной ткани ЧО, а также вариантной анатомией илеоцекального угла и функцией баугиновой заслонки; пробиотой кишечника.

39. Опыт применения эрбиевого лазера для лечения длительно незаживающих ран и трофических язв

Зайцев А.Е.¹, Сандалов Е.Ж.²

¹Москва, ²Екатеринбург

¹Филиал ВМедА им. С.М. Кирова

²ООО «Сеть клиник «Линлайн»

Актуальность проблемы. 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 фазы раневого процесса.

Цель работы. Оценить эффективность применения высокоинтенсивного эрбиевого лазера для лечения хронических ран.

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. Вишневого. 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. 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.

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. Хотя данный метод лечения является относительно новым, его применение в хирургической практике является весьма перспективным и требует дальнейших исследований.

40. Single port – секвестрэктомии при ограниченном инфицированном панкреонекрозе

Топузов Э.Г.¹, Галеев Ш.И.², Абдуллаев Я.П.¹, Рубцов М.А.³, Манатов М.Г.¹
Санкт-Петербург

¹Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И.Мечникова

²СПбГБУЗ Городская больница №20, Санкт-Петербург

³СПбГБУЗ Александровская больница, Санкт-Петербург

Совершенствование технической составляющей операций, стандартизация операций привели к началу освоения метода единого доступа в хирургии поджелудочной железы. В исследовании представлены первые результаты 43 операций, выполненных с 2014 по 2018 г.г. Все пациенты были оперированы на 3-4 неделях заболевания по поводу ограниченных некротических скоплений, расположенных спереди от предпочечных фасций (результат деструкции клетчатки паракольного пространства правого и левого брыжеечных синусов). Показанием к операции считали доказанный инфицированный панкреонекроз или подозрение на последний, когда, несмотря на комплекс консервативных мероприятий, сохранялась лихорадка, дискомфорт в левых подреберье, подвздошной области. Ни у одного пациента на момент вмешательства не было клинически релевантных системных осложнений. В 15-и случаях забрюшинная деструкция была сопряжена с некрозом поджелудочной железы (> 30% площади). В случаях доминирующего левостороннего поражения клетчатки пациент укладывался в положение на правый бок с подложенным под поясницу валиком. Операционный стол ротировали по направлению вправо на 15-30°. Порт «Covidien» устанавливали через небольшой косой разрез в поясничной области на середине расстояния между реберной дугой и подвздошной костью, предварительно, идентифицировав предпочечную фасцию, создав рабочее пространство с помощью Sрасemaker. Под контролем глаза (ретроперитонеоскопия) выполняли секвестрэктомию. После удаления некротизированных тканей в полость устанавливали дренажные трубки для продленного лаважа полости. В 7 случаях, в полость с гемостатической целью были установлены

марлевые тампоны. У 12 пациентов впоследствии сформировались панкреатические свищи, у 2-х толстокишечные свищи (потребовавшие формирования стом). Таким образом, видеолaparоскопические вмешательства могут быть с успехом выполнены у пациентов с ограниченными очагами деструкции в забрюшинном пространстве.

41. Шкала прогнозирования исхода острого панкреатита – «Санкт-Петербург 2009»

Абдуллаев Я.П.¹, Галеев Ш.И.², Abu Hilal M.³
Санкт-Петербург

¹Санкт-Петербургская государственная медицинская академия им. И.И. Мечникова,

²СПбГБУЗ Городская больница №20 (Санкт-Петербург)

³University Hospital Southampton

Раннее прогнозирование течения острого панкреатита – чрезвычайно важная задача практической хирургии. Методов, позволяющих своевременно предсказать неблагоприятный сценарий развития заболевания, немного. Большинство многопараметрических балльных систем (Ranson, APACHE II, Imrie) являются предикторами тяжести и исхода панкреатита одновременно, что, на наш взгляд значительно их обесценивает.

Целью настоящего исследования явилось выявление и сравнение между собой ранних предикторов тяжести и исхода острого панкреатита. Материал и методы. За 9-летний период (с 2000 по 2009 г.г.) проведен ретроспективный анализ историй болезни 89 пациентов с острым панкреатитом. У 71 был выявлен тяжелый вариант заболевания (критерии «Атланта 1992»), у 17 легкий (подтвержденный КТ с контрастированием). Для идентификации предикторов тяжелого течения острого панкреатита и его неблагоприятного исхода была проведена оценка 237 клинических, лабораторных показателей и данных инструментальных исследований.

Результаты. Унивариантный анализ показал: 5 параметров оказались ценными в прогнозировании тяжести панкреатита: APACHE II ≥ 8 , С-реактивный белок ≥ 120 мг/л, сывороточная амилаза < 250 ед/л, прокальцитонин $\geq 0,5$ нг/мл, плеврит на обзорной рентгенограмме грудной клетки. Предикторами неблагоприятного исхода заболевания оказались следующие 5, объединенные в 3 группы: 1. ранние панкреатит-специфичные органические нарушения (дыхательная дисфункция, PO₂/FiO₂ < 250 ; почечная, креатинин сыворотки > 150 мкмоль/л; сердечно-сосудистая, модифицированная частота сердечных сокращений ≥ 10), 2. распространенный ($> 50\%$) некроз поджелудочной железы по данным КТ, 3. инфицирование очагов деструкции. Ни один из показателей годных для прогнозирования тяжелого панкреатита не оказался значимым в предсказании исхода заболевания. Предиктивная значимость 5 параметров в выявлении панкреатита с потенциально неблагоприятным исходом оказалась высока – 88,3%.

Выводы. Предикторы тяжести и исхода острого панкреатита различны. Раннее предсказание заболевания с потенциально неблагоприятным исходом – задача более важная, нежели чем прогнозирование тяжести. Таким образом, рациональная модель диагностики острого панкреатита должна быть нацелена на разделение 2-х, имеющих разное значение задач: прогнозирование тяжести заболевания и прогнозирование его исхода.

42. Возможности трипсиногена-2 в прогнозировании тяжелого панкреатита

Галеев Ш.И.², Абдуллаев Я.П.¹, Рубцов М.А.³, Манатов М.Г.¹
Санкт-Петербург

¹Санкт-Петербургская государственная медицинская академия им. И.И. Мечникова.

²СПбГБУЗ Городская больница №20 (Санкт-Петербург)

³СПбГБУЗ Александровская больница, Санкт-Петербург

Не теряет актуальности проблема поиска лабораторных маркеров, позволяющих в раннюю фазу острого панкреатита прогнозировать его тяжесть. Золотым стандартом в лабораторной диагностике тяжелого панкреатита признан С-реактивный белок, достигающий максимума концентрации на 3 сутки заболевания. Однако, изучается значимость и других маркеров, концентрация которых зависит непосредственно от масштаба деструкции ацинарных клеток поджелудочной железы, по сему, значительно повышается уже в первые сутки заболевания. В настоящем исследовании дана оценка трипсиногену-2 как маркеру тяжелого панкреатита.

Материал и методы. Экспресс-тест с повышенным в 40 раз (до 2000 мкг/л) порогом выявления профермента (использован метод дилуции, заключающийся в разведении образца мочи физиологическим раствором, содержащим фосфатный буфер и альбумин: 8 ммоль/л Na_2HPO_4 , 1,5 ммоль/л KH_2PO_4 , 137 ммоль/л NaCl , 2,7 ммоль/л KCl , альбумин 1 г/л, pH 7,4) был выполнен 61 пациенту с подтвержденным острым панкреатитом. Тяжелый панкреатит устанавливали, следуя рекомендациям международного консенсуса «Атланта 1992».

Результаты. Положительным тест оказался у 10 из 17 больных легким панкреатитом (58,8%) и у 36 из 44 (81,8%), страдающих тяжелым. Различия в группах не достигли статистической достоверности, ($p = 0,16$). Таким образом, результаты нашей работы не позволили разделить оптимизм отдельных авторов (Sainio V. et al., 1996; Lempinen M. et al., 2001) относительно предиктивной значимости трипсиногена в выявлении тяжелого панкреатита. Надо отметить, что в проведенных разными учреждениями исследованиях: Hedstrom J., 1996; Appelros S., 2001; Lempinen M., 2001, как специфичность, так и значимость этого лабораторного показателя в диагностике тяжелого панкреатита нередко оказывается ниже 80%, по сему, настоящее исследование в очередной раз подтвердило то мнение, согласно которому анионный трипсиноген не может быть ранним маркером тяжести воспалительного процесса в поджелудочной железе.

43. Методы профилактики инфицирования парапанкреатита при тяжелом панкреонекрозе

Дибиров М.Д., Исаев А.И.,
Эльдерханов М.М., Косаченко М.В.
МГМСУ им А.И. Евдокимова

На фоне неуклонного роста заболеваемости острым панкреатитом имеется четкая тенденция к увеличению инфицирования с забрюшинной флегмоной и гнойным перитонитом, панкреатогенного сепсиса и летальности.

Основным источником инфицирования некроза при панкреатите является ободочная, тонкая и 12П кишка. Быстрое снижение внутрипросветного давления в кишечнике, нейтрализация активности протеолитических ферментов и их «уклонения» в парапанкреатическое пространство для уменьшения объема некроза, а также снижение повешенного давления в забрюшинной клетчатке и адекватная антибактериальная терапия являются важными мероприятиями профилактики инфицирования панкреонекроза.

При лечении 86 пациентов с тяжелым панкреонекрозом и распространенной инфильтрацией парапанкреатического пространства до тазовой клетчатки выполнены следующие мероприятия:

1. Назоэнтеральный лаваж 1000-1500 мл кристаллоидом, 150-200 мл вазелиновым маслом, 100 мл 25% сернокислой магнезии на фоне перидурального блока с очистительными клизмами 1-2 р/с

2. Стентирование ГПП для снижения внутрипротокового давления и прекращения поступления протеолитических ферментов в парапанкреатическую клетчатку.

3. Введение по 1200 мкг/с (600 мкг 2 раза) в течение 5 суток от начала заболевания

4. Пункционная под контролем УЗИ эвакуация жидкостных скоплений из забрюшинного пространства или лапароскопическое рассечение параколической брюшины с обеих сторон на протяжении не менее 5 см для дренирования асептической жидкости из забрюшинного пространства через брюшинную полость, что позволяет быстро снизить давление, улучшить микроциркуляцию и уменьшить некроз в жировой клетчатке и брыжейке ободочной и тонкой кишки.

5. Остальная терапия не отличалась от изложенной в национальных клинических рекомендациях.

Благодаря этим мероприятиям ни у одного пациента из 86 не отмечено развитие тяжелого компартмент-синдрома, инфицирование забрюшинного пространства наступило у 7%, в контрольной — 18%, гнойный перитонит — 4,6% в основной группе и 19% - контрольной.

Таким образом, целенаправленные мероприятия по быстрому уменьшению СКН, давления в ГПП и забрюшинном пространстве и активности протеолитических ферментов позволяют улучшить результаты лечения тяжелого панкреатита.

44. Проблемы инфекции в хирургии

Дибиров М.Д.

Микробное сообщество (микробиота) является фундаментальным фактором, определяющим физиологию и патологию хозяина.

В ЖКТ находятся триллионы бактерий (2-4 кг), которые позволяют:

1. Защищать от инвазивных патогенов
2. Извлекать энергию из пищи
3. Поддерживать иммунную систему
4. Поддерживать эпителиальный барьер.

Полезные функции бактерий ЖКТ были изучены еще И.И Мечниковым — лауреат нобелевской премии.

Через 90 лет после открытия в 1938 г. чистой формы пенициллина над человечеством нависла реальная угроза возвращения в доантибиотиковую эру, а для государств это является угрозой национальной безопасности и глобальной стабильности. На сегодняшний день, по мнению главного внешнего специалиста МЗ РФ по клинической микробиологии и антимикробной резистентности, есть некоторые микробы, против которых эффективен только один-два препарата - «антибиотики последней надежды». И к ним может вырабатываться резистентность — тогда смерть.

Причины антибиотико-резистентности:

1. Самостоятельный и укороченный курс лечения
2. Выживают самые устойчивые бактерии, которые передают эту устойчивость к антибиотикам по наследству следующим поколениям микробов.
3. Не соблюдаются кратность и условия приема антибиотиков, указанные в инструкции.
4. Самостоятельный прием антибиотиков по чьей-то рекомендации или по словам интернета и провизоров аптеки.
5. Резкое расширение показаний к назначению антибиотиков.

Полирезистентность особенно характерна для нозокомиальных штаммов как грамположительных (стафилококки и энтерококки), так и грамотрицательных (Энтеробактерии, *p. aeruginosa*, *Acinetobacter s*).

В хирургических стационарах России широко распространены устойчивые к метициллину стафилококки (MRSA) и *Klebsiella pneumoniae*, а также появилась устойчивость к карбапенемам.

Антибиотикотерапия и полирезистентность привели к созданию специальных программ и национальных клинических рекомендаций по стратегии контроля антибиотикотерапии (СКАТ), утвержденные МЗ РФ и реализуется с 2011г.

Для реализации СКАТ должны быть вовлечены руководители и организации здравоохранения, клинические фармакологи, микробиологи, госпитальные эпидемиологи, ведущие специалисты медицинских учреждений.

Для успешной реализации СКАТ и выбора этиотропного лечения должны быть:

1. Хорошо оснащенная микробиологическая лаборатория с квалифицированным персоналом для ускоренного получения результатов посева.

2. Обеспечение эпидемиологической безопасности медицинских технологий и больничной среды.

3. Регулярный локальный контроль и мониторинг инфекций и осложнений хирургической патологии в стационаре в отделениях интенсивной терапии и реанимациях.

4. Внедрение эффективных мер профилактики

5. Постоянное обеспечение и повышение квалификации по рациональному применению антимикробной терапии.

Организационные мероприятия в каждом лечебном учреждении по рационализации использования АМП, сдерживание антибиотико-резистентности, контролю нозокомиальных инфекций и управление антибиотико-терапией позволяют улучшить «плачевную» ситуацию.

ГЕРНИОЛОГИЯ

1. Атравматические методы фиксации сетчатого имплантата в хирургии паховых грыж

Акимов В.П., Творогов Д.А., Крикунов Д.Ю., Котлова Д.М., Левин Л.А., Заркуа Н.Э., Чистяков Д.Б., Мовчан К.Н.

Санкт-Петербург

ФГБОУ ВО СЗГМУ им. И.И. Мечникова Минздрав России

Ежегодно в мире по поводу грыж производится более 20 миллионов операций. В свете внедрения новых технологий в герниопластике все больше возникает вопрос преимущества способа бесшовной фиксации эндопротезов и актуальность его применения при различных видах оперативных вмешательств. По этой причине совершенствование методов бесшовной фиксации сетчатых имплантатов и анализ эффективности лечения больных с паховыми грыжами после различных способов герниопластики и различных способов фиксации сетчатого имплантата является актуальной задачей.

Цель. Улучшение результатов лечения больных с паховыми грыжами путем совершенствования методов фиксации аллотрансплантата.

Материал и методы. В когортное проспективное исследование включено 102 пациента, мужского пола, которым была выполнена лапароскопическая трансабдоминальная преперитонеальная герниопластика (ТАРП), в период с января 2015 года по март 2018 года, на базе Кафедры хирургии им. Н.Д.Монастырского СЗГМУ им. И.И. Мечникова в Александровской больнице. Пациенты были разделены на две группы, сопоставимые по полу, возрасту, индексу массы тела, наличию сопутствующих заболеваний. В I группе – 51 пациент, выполнена ТАРП с фиксацией аллотрансплантата цианакриловым клеем и устранением дефекта брюшины нитью V-Loc. Во II группе - 51 пациент, которым выполнена фиксация сетки герниостеплером фирмы “Ethicon” по периферии танталовыми скобами, с последующим закрытием дефекта брюшины им же. Все операции произведены одной бригадой хирургов, по идентичной методике описанной в Рекомендациях Европейского Общества герниологов по лечению паховых грыж от 2014 года. Для оценки послеоперационной абдоминальной боли использовали визуально-аналоговую шкалу интенсивности боли (ВАШИБ). Была проведена оценка средней продолжительности операции и койко-дня после операции. Выполнен анализ послеоперационных осложнений.

Полученные результаты. Период наблюдения составил в среднем 37 месяцев. Уровень послеоперационной абдоминальной боли существенно отличается уже через 12 часов после герниопластики, так в первой группе - болевой синдром составил $1,9 \pm 1,2$, в то время как во второй группе – $4,4 \pm 2,4$ бала, что в 2,3 раза выше, чем в первой группе. В послеоперационном периоде в группе с клеевым методом фиксации – парестезия была отмечена у 1 (50%) пациента и невралгия - 1 пациента. В группе со степлерным методом фиксации невралгия - 2(25%) и парестезия – 2 (25%) пациентов, а ощущение инородного предмета и чувство дискомфорта – 4 (50%). Парестезии чаще развивались на передней и латеральной поверхности бедра, невралгии – в области паха и мошонки. Данные беспокойства были временными и не ограничивали активность пациентов. Однако чувство инородного тела и дискомфорт в области установленного имплантата длительное время продолжали беспокоить пациентов – до 12 месяцев, после чего самостоятельно исчезали, что мы связываем с окончанием формирования рубца в области герниопротеза. При изучении ранних п/о осложнений (сером, гематом и нагноения) статистически достоверного различия при различных способах операции нами не установлено, и мы связываем данные осложнения с техническими погрешностями выполнения операций. Поэтому в статье мы не акцентировали внимания на данных вопросах. Рецидивов, летальных исходов не было. Средняя

продолжительность койко-дня в первой составила - 1,2, во второй группе – 3,2 дня. Пациенты первой группы выписывались из стационара на 1-2 сутки. А второй – на 3-4 сутки.

Выводы: использование скоб при лапароскопической герниопластике с целью фиксации сетчатого аллотрансплантата и дальнейшей его перитонезацией - достоверно увеличивают ранний болевой синдром в послеоперационном периоде. В первые сутки уровень абдоминальной боли был в 2,1 раза выше. - Количество осложнений в группе с использованием травматических методов фиксации импланта встречается гораздо чаще чем в группе с атравматическими методами фиксации (в 1,4 и более раз).

2. Особенности реакции организма на травматическую и атравматическую фиксацию сетчатого имплантата в эксперименте

Крикунов Д.Ю., Котлова Д.М., Акимов В.П., Творогов Д.А., Заркуа Н.Э., Сенько В.В.

Санкт-Петербург,
ФГБОУ ВО СЗГМУ им. И.И. Мечникова Минздрав России

Актуальность: ежегодно в мире по поводу грыж производится более 20 миллионов операций. В последнее время основными причинами повторного обращения пациентов после герниопластики стали: развитие хронической боли, мигрирование сеток, чувство дискомфорта и инородного тела в области установки имплантата, нарушение функции окружающих мышц - все это является следствием наличия местного воспалительного процесса, возникающего в ответ на имплантацию и способ фиксации любого из современных эндопротезов. В свете внедрения новых технологий все больше возникает вопросов преимущества того или иного способа фиксации эндопротезов с точки зрения морфологической картины в области фиксации после перенесенной герниопластики.

Цель: изучить особенности реакции организма на различные способы фиксации сетчатого имплантата в эксперименте при герниопластике.

Материалы и методы: выполнен эксперимент, осуществлялось определение степени выраженности воспалительного процесса вокруг места фиксации. Критериями, подлежащими оценке были - клеточный состав инфильтрата, распространенность клеточной инфильтрации, содержание грануляционной ткани и её вид, а также плотность микрососудов. Были взяты 28 кроликов. Фрагменты сеток имплантировались в заранее подготовленные ложа: имплантат ProGrip; полипропиленовый имплантат (ПИ) фиксированный нитью Викрил; ПИ фиксированный нитью Ультрасорб; ПИ фиксированный нитью Пролен; ПИ фиксированный нитью Капрон; ПИ фиксированный путем эндохирургическими клипсами; ПИ фиксированный клеем Гистакрил; ПИ без какой либо фиксации. Забор материала осуществлен в период с 3 дня до 6 месяцев изготавливали срезы, окрашиваемые по Массону и гематоксилин-эозином. Изучение материала проводилось с помощью световой микроскопии.

Результаты. Через 6 месяцев перифокально от имплантата имелся сегментарный фиброз. С протезной стороны отроги были треугольной формы, частично фиброзированы и вершиной обращены в сторону имплантата. Они содержали очаги продуктивного воспаления, включения гигантских клеток инородных тел. Перифокальный фиброз, помимо рубцового характера, имел воспалительные элементы, что объясняет ориентацию новообразованных коллагеновых волокон, преимущественно у поверхности имплантата и имели разнонаправленный ход. Это, по сравнению с естественным апоневрозом, потенциально снижает прочность самого рубца. При имплантации сетки ProGrip фиброз характеризовался большей распространенностью, коллагеновые пучки вокруг так же имели разнонаправленный ход, что в свою очередь, потенциально еще более снижает прочность рубца. Во всех изученных препаратах был отмечен фиброз окружающих тканей разной степени распространенности, однако при гистологическом изучении различные способы фиксации имели и ряд своих

особенностей: - в препаратах с не рассасывающимся шовным материалом - имелся выраженный перифокальный фиброз, образующий вокруг швов подобие капсулы, причем фиброз распространялся и на шовный материал. Тканевая организация вокруг характеризовалась переходом зоны фиброза в область неспецифического продуктивного воспаления с наличием гигантских инородных клеток. - рассасывающиеся швы - имелся выраженный перифокальный фиброз, образующий вокруг швов подобие капсулы, при этом все же характеризующийся гораздо меньшей. - танталовая клипсы - помимо имеющегося выраженного перифокального фиброза, так же образующего вокруг клипс подобие капсулы, более распространенной в сравнении с швами. Тканевая организация вокруг клипс имела выраженный характер и представляла собою переход зоны фиброза в область неспецифического продуктивного воспаления с наличием гигантских инородных клеток широко распространяющихся по всем видам ткани к которым она прилежала. - клей - отмечался выраженный перифокальный фиброз, так же образующий вокруг клея подобие капсулы, однако в связи с малой зоной проникновения в ткани и своим незначительным объемом необходимым для фиксации зона фиброза характеризовалась гораздо меньшей распространенностью. Максимальный радиус дегградации пораженных тканей в области фиксации сетки достигал: 12 мм - танталовые клипсы; 9 мм – не рассасывающийся шовный материал; 7 мм – ProGrip; 5 мм - при клеевой фиксации; 5 мм –рассасывающийся шовный материал; 4 мм – имплантат без фиксации. Общеизвестно, что чем больше объем дегградации тканей, тем больше вероятность вовлечения в воспалительный процесс нервных окончаний, что служит причиной развития хронической боли и различного рода ощущений (невралгии, парестезии, чувство дискомфорта и инородного тела).

Выводы: раневой процесс в зоне всех видов фиксирующего материала характеризуется выраженным и длительным продуктивным воспалением, а, следовательно, в первые недели после операции при напряжении здесь имеется наибольший риск рецидива. Зона дегградации пораженных тканей в области фиксации сетки составляет не менее 1 сантиметра в диаметре, при этом наибольшая область измененных тканей отмечена при использовании танталовых клипс (2,2 см), а наименьшая при использовании рассасывающихся нитей и клеевой фиксации имплантата (1,0) см

3. Результаты лечения больных с грыжами передней брюшной стенки в условиях стационара одного дня

Чернооков А.И.², Ларионов А.А.¹, Сильчук Е.С.¹, Белых Е.Н.¹, Коробова Н.Ю.¹,
Виноградов О.А.¹, Николаев А.М.¹, Подколзин Е.В.¹, Токин С.А.¹

Москва

¹Центр Флебологии,

²Кафедра хирургии повреждений МИНО МГУПП

Актуальность проблемы. В настоящее время грыжи передней брюшной стенки являются одним из наиболее распространенных хирургических заболеваний. Увеличение количества больных с данной патологией, рост заболеваемости среди лиц наиболее трудоспособного возраста делают эту проблему актуальной. Внедрение в клиническую практику современных операций позволило снизить инвазивность вмешательства, уменьшить количество ранних послеоперационных осложнений и рецидивов грыж. Однако требуется обоснование возможности применения данных операций в условиях стационара одного дня.

Цель работы. Улучшить результаты лечения больных с грыжами передней брюшной стенки. Материалы и методы. В клинике «Центр Флебологии» за период с января 2006 по январь 2018 года находилось на лечении 1178 пациентов с грыжами передней брюшной стенки. Среди больных было 781 (66,3%) мужчин и 397 (33,7%) женщины. Возраст пациентов варьировал от 17 до 77 лет, составив в среднем 44±3,3 года. У 38

пациентов была диагностирована грыжа белой линии живота, у 89 – пупочная грыжа, у 14 – послеоперационная вентральная небольших размеров, у 47 – рецидивная паховая, у 990 – паховая грыжа. При этом косая паховая грыжа наблюдалась в 667 случаях, прямая была выявлена у 333 больных. Все пациенты были оперированы в условиях стационара одного дня под субарахноидальной анестезией с внутривенной седацией. У 1164 больных были выполнены различные варианты ненатяжной пластики с применением полипропиленовых и полиэфировых сетчатых имплантов. Еще 3 пациентам с паховыми грыжами была произведена лапароскопическая трансабдоминальная герниопластика (ТАРР), 2 больным сделана экстраперитонеальная герниопластика (ТЕР), 9 – пластика местными тканями по Шолдайсу.

Результаты и обсуждение. В раннем послеоперационном периоде умер 1 больной от острого инфаркта миокарда на 5 сутки после оперативного вмешательства, у 2 больных развился воспалительный инфильтрат, у 4 пациентов образовалась серома, у 1 больного сформировалась подкожная гематома. Все осложнения были купированы консервативными мероприятиями. При анализе отдаленных результатов в сроки от 1 года до 9 лет рецидивы заболевания выявлены у 2 пациенток с пупочными грыжами, которым была выполнена ненатяжная герниопластика.

Выводы. Таким образом, рациональный выбор современных видов оперативных вмешательств у больных с грыжами передней брюшной стенки с четким учетом показаний и противопоказаний позволяет успешно проводить лечение в условиях стационара одного дня.

4. Морфологические предпосылки к хирургическому лечению вентральных грыж срединной локализации

Ткачев М.Н., Татьянченко В.К., Богданов В.Л., Воронова О.В., Ковалев Б.В.

Ростов-на-Дону

ФГБОУ ВО «Ростовский государственный медицинский университет»

Цель работы. Выявить топографо-анатомические признаки развития и рецидива вентральной грыжи срединной локализации.

Материалы и методы. В анатомическом эксперименте на 60 трупах людей разных возрастных периодов и конституционального типа телосложения с использованием оригинального метода (патент РФ на изобретение №2271740) выполнено исследование по изучению морфологической структуры и биомеханических параметров фасциально-мышечных структур передней брюшной стенки.

Результаты исследования. Установлено, что фасциальный футляр и мышцы передней брюшной стенки в возрастном аспекте претерпевают дегенеративно-дистрофические изменения. Это связано со снижением показателя плотности сосудистой сети (в пожилом возрасте в 1,4 раза по сравнению с 1 зрелым возрастным периодом). На этом фоне ослабевает прочность фасциальных структур, проявляющаяся в уменьшении плотности коллагеновых волокон. Установлено, что конституциональные предпосылки к развитию грыж верхнесрединной и среднесрединной локализации более выражены у лиц долихоморфного типа телосложения (белая линия чаще имеет форму I типа, при выраженном долиховисцеролизе). У лиц брахиморфного типа телосложения, наоборот, имеются все предпосылки к развитию грыж нижнесрединной локализации (белая линия имеет форму III типа на фоне выраженного висцероптоза). Касаясь толщины прямых мышц живота, следует отметить, что при всех конституциональных типах телосложения, она имеет меньшие параметры в области мезогастрия. Это требует использования пластического материала при грыжах данной локализации. Возрастные изменения в структуре фасциальных образований, приводящих к снижению их прочности и модуля упругости, способствует повышению тканевого давления в прямой мышце живота, при развитии грыжевого выпячивания. Для предотвращения негативного воздействия высокого градиента тканевого давления на мышечные структуры, следует шире

использовать декомпрессионную фасциотомию при выполнении операции по поводу грыжи. Это требует разработки критериев, определяющих ее показания для больных с вентральными грыжами срединной локализации.

5. Абдоминопластика с герниопластикой у больных с ожирением

Рагимов В.А.¹, Назаров А. И.¹, Андамов Б.А.²

Баку

¹Азербайджанский Медицинский Университет,

²Больница «Азводстрой».

Актуальность: сочетание грыж передней брюшной стенки у больных с ожирением который наблюдается отвислый живот или жировой фартук отрицательно влияет на результаты герниопластики. Поэтому чтобы восстановить морфологического состояния брюшной стенки при ожирениях, необходимо выполнить одномоментная абдоминопластика с герниопластикой.

Материалы и методы: в хирургическом отделении больницы «Азводстрой», являющейся базой кафедры III хирургических болезней Азербайджанского Медицинского Университета за период с 2010 по 2018 годы, прооперировано 93 больных с послеоперационными вентральными грыжами передней брюшной стенки сопутствующий ожирением различной степени. Больные в возрасте от 23 до 68 лет, страдали ожирением III-IV. степени и наличием выраженного кожно-жирового фартука. Из них женщин было 67 (72,04%). Среди этих больных с ожирением у 64 (59,52%) имелась расширяющаяся вниз форма живота, у 21 (22,58%) - овоидная форма и у 8 (8,60%) - расширяющаяся вверх форма живота. Полученные данные позволяли выбрать оптимальный доступ при герниопластике и абдоминопластике при послеоперационных вентральных грыжах, Больные были разделены на две группы. Контрольную группу составили 42(45,16%) больных с ожирением было выполнено грыже сечение с пластикой аутоканями и протезирующими материалами. При аллопластиках трансплантат фиксирован, по методике onlay, inlay и sublayn. Основную группу составили 51(54,84%) больных, которым: было выполнено комплексное оперативное лечение, включающее грыже сечение с абдоминопластикой.

Результаты и обсуждения: послеоперационном периоде больных контрольной группы наблюдалось 13(30,95%) осложнений - гематома у 2, серома у 5, лимфоррея у 3, нагноение раны у 3, бронхолегочные осложнения наблюдались у 3, явления сердечной недостаточности у 2 больных. Последние проявлялись низким пульсом и одышкой. Это осложнения устраняли совместно с пульмонологом и кардиореаниматологом. В основной группе осложнения были у 5(9,80%), больных - нагноение послеоперационной раны у 2 больного, инфильтрат в области послеоперационной раны у 2, некроз края кожного лоскута у 1, бронхолегочные осложнения наблюдались у 2, сердечная недостаточность у 1 больного в возрасте 66 лет, страдающего постинфарктным кардиосклерозом. Таким образом, наибольшее количество осложнений наблюдалось у больных в контрольной группе. Наименьшее количество сердечно-легочные и местные осложнения после операции отмечено в основной группе больных.

Выводы: герниопластика с абдоминопластикой у больных, с послеоперационными вентральными грыжами передней брюшной стенки, страдающих ожирением III-IV степени, выполняемая после тщательной предоперационной подготовки, как правило, улучшает качество жизни больных и дает удовлетворительный косметический эффект. Сочетание герниологической операции с абдоминопластикой, корригирующую форму тела и устраняющей эстетические неудобства, вносит большой вклад в психологическую и социальную реабилитацию больных с ожирением и является хорошим стимулом для выработки мотивации и снижению массы тела.

6. «Тяни-толкай»: первый опыт эндохирургии ущемленных паховых грыж

Несмотря на кажущуюся простоту, по мнению ряда хирургов и пациентов, паховая грыжа является достаточно серьезным хирургическим заболеванием. В герниологии происходят большие перемены, активно внедряется патогенетически обоснованная эндовидеохирургическая пластика. Паховые грыжи составляют более 75% грыж брюшной стенки, при этом риск появления их в течение жизни составляет 27% у мужчин и 3% у женщин (F. Köckerling, 2018). Одним из грозных осложнений грыженосительства является ущемление. Острыми хирургическими состояниями, при которых лапароскопический доступ считается вариантом лечения первой линии, являются острый холецистит и острый аппендицит. Существует аналогичная тенденция и в хирургии грыж. Согласно гайдлайнам всемирного общества экстренных хирургов (WSES, 2013), ущемленные грыжи паховой зоны могут быть оперированы лапароскопическим способом. После вправлении ущемленного органа и отсутствии контаминации хирургического поля, возможно выполнение как операции Лихтенштейна, так и TAPP или TEP. При контаминации брюшной полости рассматривается вариант отложенного грыжесечения. С 2015 года мы выполнили 293 эндоскопических паховых герниопластики у 236 больных: трансабдоминально - 183 (62,5%), экстраперитонеально - 110 (37,5%) операций. Возраст исследуемых больных находился в пределах от 18 до 94 лет. Из них у 57 (24,2%) имелись двусторонние паховые грыжи, которые устранены одномоментно. Мужчин было 222 (94,1%), женщин 14 (5,9%). По поводу ущемленной паховой грыжи мы оперировали 6 (2,5%) пациентов: 4 мужчины, 2 женщины. Наша тактика в этих ситуациях заключалась в выполнении диагностической лапароскопии с целью определения варианта герниопластики. Малоинвазивно вмешательства завершили в 5 случаях, в 1 - ввиду невозможности вправления грыжевого содержимого, представленного 70 см тонкой кишки, выполнена операция Лихтенштейна, причем на лапароскопическом этапе верифицирована клинически не значимая для пациента паховая грыжа с контрлатеральной стороны, которая успешно корригирована по технологии e-TEP (extended view- totally extraperitoneal plasty) спустя 3 месяца в плановом порядке. Среди 2 женщин с ущемленными паховыми грыжами у 1 выявлена бедренная грыжа с рихтеровским ущемлением тонкой кишки, у другой - паховая с ущемлением петли тонкой кишки без некроза. В обоих случаях вмешательства завершены трансабдоминальной преперитонеальной герниопластикой сетчатыми имплантами 15x12 см. У 2 пациентов, поступивших в срочном порядке, выявлены косые паховые грыжи с ущемлением петель тонкой кишки, одному из них было 94 года. После выполнения лапароскопии выполнено успешное низведение тонкой кишки в брюшную полость путем наружной компрессии на грыжевой мешок и нежной тракции петли атравматическим зажимом («тяни-толкай»). После оценки жизнеспособности петель кишечника выполнена трансабдоминальная преперитонеальная пластика, послеоперационный период протекал гладко. Еще 1 пациент 80 лет, ранее перенесший открытую транспузырную аденомэктомию, поступил в срочном порядке с ущемленной паховой грыжей справа. При лапароскопии выявлена комбинированная грыжа (пantalонная, бедренная и запирающая) справа с ущемлением в бедренном кольце и некрозом тонкой кишки. Помимо этого, у больного выявлена рецидивная паховая грыжа слева. Первым этапом выполнили диагностическую лапароскопию, низведение тонкой кишки, ее резекцию из минилапаротомного доступа с выпиской на 5 сутки в удовлетворительном состоянии. Вторым этапом через 2 месяца выполнили эндовидеохирургическую герниопластику по технологии e-TEP с двух сторон, с выпиской на следующие сутки. Осложнений и летальных исходов у этих больных не было. Хирургия ущемленных паховых грыж – это сложный раздел

герниологии. Наш первый опыт показывает безопасность малоинвазивной тактики в отношении этой категории больных. Выполнение диагностической лапароскопии позволяет определить жизнеспособность ущемленного органа, оценить состояние брюшной стенки в паховых областях с точки зрения выявления оккультных грыж. Дальнейшая тактика зависит от интраоперационной находки, а вариант герниопластики определяется опытом и возможностями операционной бригады.

7. Аутогерниопластика по А.Г. Киселю рецидивной паховой грыжи

Капшитарь А.В.

Запорожье

Запорожский государственный медицинский университет

Имея высокий процент рецидивов при использовании натяжных аутопластических методов после хирургического лечения рецидивной паховой грыжи, велись поиски методов, позволяющих укрепить заднюю стенку пахового канала собственными тканями. Разработанный метод с использованием аутодермального имплантата сотрудником кафедры общей хирургии Запорожского медицинского института А.Г. Киселём в 1974 и показавший свою эффективность, к сожалению, забыт. На сегодняшний день методом выбора являются различные методы аллогерниопластики, дающие наименьший процент рецидивов.

Цель работы: изучить ближайшие результаты аутогерниопластики по А.Г. Киселю у больных рецидивной паховой грыжей.

Материал и методы. Методом случайной выборки нами отобраны 52 стационарные карты, оперированных пациентов по методу А.Г. Киселя с рецидивной паховой грыжей. Возраст 28-82 лет. Правосторонняя рецидивная паховая грыжа отмечена у 32 (61,5%) больных, левосторонняя – у 20 (38,5%). Длительность грыженосительства варьировала от 2 до 25 лет. Бандаж носили 18 (34,6%) пациентов от 2 до 17 лет. До госпитализации больные перенесли различное количество операций по поводу рецидива паховой грыжи. Так, 1 раз были оперированы 39 (75%) пациентов, 2 раза – 8 (15,4%), 3 раза – 2 (3,9%), 4 раза – 2 (3,9%) и 5 раз – 1 (1,9%). Причинами рецидивов были раневые осложнения (серома, нагноение, лигатурный свищ и др.), ранняя физическая нагрузка, повышение внутрибрюшного давления (пневмония, бронхиальная астма, аденома предстательной железы), слабость тканей паховой области, дегенеративно-дистрофические инволютивные изменения, технические ошибки, неверный выбор метода пластики.

Результаты и обсуждение. Больные были всесторонне обследованы и консультированы терапевтом, гастроэнтерологом, урологом. Как и другие авторы, мы придаём главную роль для исключения рецидива грыжи укреплению прочности задней стенки пахового канала без натяжения собственными тканями. Однако полагаем, что использование собственной ткани – аутодермального лоскута, является оптимальным вариантом и в перспективе не приводит к разрушению и рецидиву грыжи. Позволим себе кратко описать методику операции. Двумя разрезами эллипсоидной формы иссекали лоскут кожи вместе с рубцом. Последний иссекали. Эпидермис и подкожно-жировую клетчатку снимали скальпелем путём соскабливания. Лоскут перфорировали в шахматном порядке. Приготовленный таким образом имплантант, помещали в раствор антибиотиков на 10-15 минут. Вскрывали переднюю стенку пахового канала, выделяли грыжевой мешок и вскрывали, у шейки прошивали и перевязывали. Поперечную фасцию ушивали. На неё под семенным канатиком укладывали имплантант с проведением между его ножками семенного канатика. Ножки имплантанта сшивали, формируя глубокое отверстие пахового канала. Имплантант подшивали к краю влагалища правой прямой мышцы живота, подвздошно-лобковому тяжу, на 4-5 см выше нижнего края внутренней косой мышцы живота и паховой связке. Семенной канатик укладывали на имплантант. При сильно растянутом апоневрозе наружной косой мышцы живота медиальный лоскут фиксировали к паховой связке, подшивая наружный лоскут к внутреннему лоскуту в

виде дубликатуры, а при нерастянутом – его края ушивали край в край, формируя наружное отверстие пахового канала. Послеоперационные осложнения развились у 6 (11,5%) больных. Их них у 4 (66,7%) пациентов образовался отёк мошонки, у 1 (16,7%) – воспалительный инфильтрат и у 1 (16,7%) – лимфоррея. Консервативная терапия купировала возникшие осложнения. Ни одно осложнение не связано с использованием имплантанта. Средний койко/день составил 10. Все больные выписаны. Гистологические исследования, проведенные А.Г. Киселем, показали, что аутодермальный имплантант через 6 суток после операции склерозирован и соединяется с окружающими тканями рыхлой соединительной тканью. В дальнейшем он приобретает апоневрозоподобный вид и плотно срастается с тканями организма. Спустя 1 год 7 месяцев отсутствуют признаки воспалительной реакции, имплантант представлен сетчатым слоем дермы с отдельными элементами потовых желёз. На сегодня стоимость полипропиленовой сетки Ethicon (USA) 6x11 см для выполнения операции Lichtenstein-I, наиболее часто выполняемой при рецидивной паховой грыже, составляет 1050 гривен, а Ultrapro – 1758 гривен. Не все пациенты платежеспособны. Это второй весомый аргумент для применения аутогерниопластики аутодермальным имплантантом по А.Г. Киселю.

Выводы: 1. Хирургическое лечение рецидивной паховой грыжи остаётся сложной и нерешённой проблемой. 2. Аутогерниопластика аутодермальным имплантантом по методике А.Г. Киселя, надёжно ликвидирует слабость тканей пахового промежутка, использует положительные стороны собственной ткани, не имеет осложнений, зависящих непосредственно от имплантанта. 3. В эпоху аллогерниопластики рецидивной паховой грыжи показанием для аутогерниопластики аутодермальным имплантантом по методике А.Г. Киселя является неплатежеспособность больного и осознанный его отказ от применения алломатериалов.

8. Киста канала Нука: тактика лечения и объем вмешательства

Мяконикий Р.В., Иванченко А.Ю., Каплунов К.О., Романов И.В.

Волгоград

ФГБОУ ВО Волгоградский государственный медицинский университет Минздрава
России

В связи с более совершенной облитерацией брюшинно-пахового дивертикула у женщин патология пахового канала чаще встречается у мужчин. Тем не менее, при неполной облитерации указанного отростка брюшины у женщин может развиваться кистозное образование, именуемое кистой канала Нука. Анатомически канал Нука представляет собой непостоянный непарный или парный врожденный дивертикул в направлении больших половых губ, данное образование аналогично влагалищному отростку брюшины у мужчин. Впервые кистозную опухоль в паховом канале, растущую по ходу круглой связки и пенетрирующую в большую половую губу в 1682 г. описал голландский профессор анатомии и медицины из Лейдена Anton Nuck (1650–1692). Говоря о патогенезе кисты канала Нука следует указать на то, что во время внутриутробного развития так называемый проводник протаряет дорогу яичникам из верхних отделов брюшной полости в сторону пахового канала. Проводник завершает свой путь в большой половой губе, пройдя паховый канал. Верхняя часть его в дальнейшем превращается в собственную связку яичника, нижняя в круглую связку матки. Круглая связка внутри пахового канала покрыта влагалищным отростком брюшины. Пространство между листками брюшины и круглой связкой в норме облитерировано к моменту рождения. При полном отсутствии облитерации формируется канал Нука, сообщающийся с брюшной полостью, что является предпосылкой для формирования паховой грыжи, а при частичной – киста канала Нука. В большинстве случаев (87%) киста канала Нука располагается справа (Е.В. Слуханчук, 2017). В отечественной литературе киста канала Нука описывается крайне редко, а поэтому зачастую не знакома большинству общих хирургов, что создает трудности для

определения лечебной тактики. Отсутствие достаточного количества статей, касающихся кисты канала Нука, видимо продиктовано не отсутствием интереса практических врачей и ученых к указанной патологии, а ее редкой встречаемостью. В доступной зарубежной литературе нам удалось найти всего 41 и в отечественной 1 работу по рассматриваемой проблематике. Данное обстоятельство ложится в основу некорректной диагностики, а пациенток обрекает на бесконечные диагностические процедуры (УЗИ, МРТ, КТ и т.п.) и поиск специалиста, который «отважится» на оперативное лечение. Одним из аспектов трудности постановки правильного диагноза на наш взгляд является то обстоятельство, что зачастую пациентки с кистой канала Нука оперируются в детском и подростковом возрасте, что наряду с относительно редкой встречаемостью делает указанную патологию «дикувинной» для общих хирургов, которые могут столкнуться с кистой канала Нука у взрослых женщин. Киста канала Нука, согласно МКБ-10, относится к врожденным аномалиям (порокам развития) женских половых органов и кодируется как Q 52.4. Кроме эстетического «изъяна» и косметического дефекта, снижающего качество жизни пациентки, киста канала Нука не несет в себе ничего. В проекции пахового канала с одной или обеих сторон отмечается опухолевидное образование плотноэластической консистенции, малоподвижное, возможна умеренная болезненность при пальпации, кожа над новообразованием не изменена. Как правило, киста определяется в проекции наружного пахового кольца, а при большом размере кисты пациентки в основном жалуются на опухлость в области большой половой губы. Эта киста располагается в верхней трети большой половой губы, доходит до пахового канала, имеет продолговатую форму, иногда ее размер достигает 7-8 см. Нами предложена классификация кисты канала Нука: по локализации - односторонняя (с указанием стороны: правосторонняя, левосторонняя), двухсторонняя; по отношению к паховому каналу - внутриканальная, внеканальная (часть кисты выходит через наружное паховое кольцо); по размеру - малая - 2-4 см, средняя - 5-7 см, большая - более 8 см; по форме - круглая, овоидная, грушевидная, грибовидная (с ножкой), веретенообразная; по количеству полостей - однополостная, многополостная; по наличию осложнений - с кровоизлиянием в кисту, с нагноением кисты, с разрывом кисты, перекрут кисты. На пути к правильному диагнозу, при проведении дифференциальной диагностики, в диагностический ряд должны входить следующие патологии: грыжа (бедренная, паховая), липома, лимфома, лимфаденит (лимфоаденопатия), лейомиома круглой связки матки, сосудистая аневризма, варикозная болезнь нижних конечностей и вульвы, абсцесс, эндометриоз. Инструментальная диагностика включает выполнение УЗИ, возможно применение МРТ и КТ. Лечение кисты канала Нука исключительно оперативное и заключается в полном удалении кисты с ее капсулой. Хирургическое вмешательство может быть выполнено, как открытым доступом, так и лапароскопически. По нашему мнению, более радикальным является оперативное лечение открытым способом. Удаление кисты канала Нука принципиально не отличается от грыжесечения по поводу паховой грыжи. В связи относительной редкостью киста канала Нука продолжает оставаться для большинства общих хирургов и трудно диагностируемым заболеванием, что обрекает пациенток на пребывание в состоянии стресса (канцерофобия, эмоциональные переживания в связи с отсутствием правильного диагноза и неэффективностью консервативного лечения), вынуждает их на прием антибиотиков, НПВС и т.п., которые не приносят никакого эффекта. Опорными инструментальными методом диагностики для постановки правильного диагноза кисты канала Нука следует считать УЗИ мягких тканей зоны интереса.

9. Выбор методов оперативного вмешательства при паховой грыже.

Чугуевский В.М. Щепкин С.П. Тамбиев М.Д. Абдуллаев А.Г.

Ессентуки

ГБУЗ СК "Ессентукская ГКБ"

Для лечения паховых грыж предложено большое число различных оперативных методов. Среди них наиболее широко в клинической практике применяются грыжесечение по Лихтенштейну, все большее распространение получают трансабдоминальная преперитонеальная (ТАРР) и тотальная экстраперитонеальная (ТЕР) пластики. Критерии выбора метода оперативного вмешательства остается предметом дискуссии.

Цель исследования: на основании клинических данных и применении методов дополнительного исследования определить оптимальный метод пластики передней брюшной стенки.

Материалы и методы: оценены результаты оперативного вмешательства у 1163 пациентов в период с 2015-2019 г. ТАРР 492 (39%), ТЕР 184 (14,7%) составили первую группу, пластика по методу Лихтенштейна 485 (38,8%) - вторая группа. В 974 (87%) выполнено УЗИ паховых областей и органов малого таза. Оценка размеров грыжевого выпячивания проводилась по Nyhus (1993). У пациентов при ТАРР использовали эндопротезы 3DMaxx фирмы Bard 11x16 см, «Эсфил» фирмы Линтекс 10x15 без дополнительной фиксации, при ТЕР «Эсфил» фирмы Линтекс 10x15 см, при пластике по Лихтенштейну «Эсфил» фирмы Линтекс 6x11 см. В послеоперационном периоде учитывали частоту гнойно-септических осложнений, сером, рецидивов. Сроки наблюдения от 2 месяцев до 5 лет.

Результаты и обсуждение: в первой группе косая паховая грыжа (II типа) выявлена у 312 (43,6%), (ЗВ)- 106 (14,8%), прямая паховая грыжа (3А) — 258 (36%). Двусторонняя паховая грыжа была у 50 (7%). Во второй группе косая паховая грыжа (2 типа) у 113 (44,6%), прямая паховая грыжа (3А) — 136 (27,2%), (ЗБ) — 78 (15,6%) двусторонняя паховая грыжа — 48 (9,6%). Выраженный отек и гематома мошонки наблюдались при 3А и 3Б тип грыжи у 18 (1,4%). Серомы семенного канатика выявлены в 18 случаях, у 12 (1%) потребовали пункционного лечения. Выраженный отек и гематома мошонки наблюдались у 27 (2,1%), гнойно-септические осложнения у 5 (0,5%), серомы в ране у 18 (1,4%). Рецидивы заболевания выявлены в 2 случаях при ТЕРР.

Заключение: ТЕР и ТАРР показаны пациентам с грыжами (2-3А типа), при двусторонних грыжах лапароскопические методы имеют явные преимущества. Пластика по Лихтенштейну является методом выбора у больных с ЗБ типом грыжи с выраженным уровнем коморбидности.

10. Ущемление кишки в наружных грыжах, осложнённое острой кишечной непроходимостью у лиц пожилого и старческого возраста

Абдуллаев М.Р.

Махачкала

ФГБОУ ВО «Дагестанский государственный медицинский университет" Минздрава
России

Актуальность проблемы: ОКН, вызванная ущемлением кишки в наружных грыжах у лиц пожилого и старческого возраста - часто встречающаяся, тяжёлая по течению и исходам лечения патология.

Актуальность её - в высокой послеоперационной летальности. Причина ОКН у лиц пожилого и старческого возраста при ущемлённых наружных грыжах - нарушение кровообращения в брыжейке и стенке ущемлённой кишки, возникающее с самого начала ущемления. Это приводит к тяжёлой энтерогенной интоксикации, нарушениям гомеостаза и метаболизма. Патоморфологические изменения в ущемлённой кишке и её брыжейке прогрессируют, наступает некроз, перфорация кишки, перитонит, ПОН.

Цель исследования: оптимизация профилактики, диагностики, лечения ОКН у лиц пожилого и старческого возраста, вызванной ущемлением кишки в наружных грыжах. **Материал и методы.** Анализированы 3274 больных ОКН, лечившихся в клинике хирургических болезней педиатрического, стоматологического и медико-

профилактического факультетов ДГМУ на базе ГБУ РД «Городская клиническая больница №1» г. Махачкалы.

Результаты исследования и обсуждение. Среди 3274 больных с ОКН, у 637 (19,4%) - ОКН была вызвана ущемлением кишки в наружных грыжах, из них 239 (37,5%) - лица пожилого и старческого возраста (60 лет и старше). Мужчин - 63,4%, женщин – 36,6%. Локализация ущемлённых грыж: паховая-138 (57,7%); бедренная-38 (15,9%); послеоперационная-27 (11,3%); пупочная-19 (8%); белой линии живота-17 (7,1%). Наиболее часто в грыже ущемлялась тонкая кишка (83,9%), другие отделы кишечника ущемлялись реже (сигмовидная кишка – 6,3%; илеоцекальный отдел- 3,6%; слепая кишка – 3,1%; поперечная ободочная кишка – 3,1%). В большинстве случаев наряду с кишкой в грыже ущемлялся участок большого сальника. Клиника ОКН, вызванной ущемлением кишки в наружной грыже, менялась в зависимости от протяжённости ущемлённого отдела кишечника, степени и локализации ущемления, времени, прошедшего с момента ущемления. До 6 ч. от начала ущемления доставлены 115 (48,1%) больных, позже 6 ч. - 124 (51,9%). Анализ причин поздней госпитализации больных показал, что 50% обратились к врачу при появлении признаков ОКН. 32,7% - занимались самолечением, пытались вправить ущемлённую грыжу. У 10,9% - имело место диагностические ошибки на догоспитальном этапе, 4,6% - отказались от госпитализации, затем доставлены с запущенной ОКН и перитонитом. У 1,8% - допущены диагностические ошибки в приёмном отделении. Анализ причин задержки с операцией у 138 больных показал, что 51,4% - поздно обратились за врачебной помощью, отказались от госпитализации. 31,9% - занимались самолечением. У 4,4% - врач скорой помощи не распознал ущемлённую грыжу. У 3,6%- в стационаре ущемлённая грыжа самостоятельно вправилась, произведена плановая операция. У 5,1% - в приёмном отделении допущены диагностические ошибки. 2,2% - в хирургическом отделении отказывались от операции. У 1,4% - произошло мнимое вправление ущемлённой грыжи, затем развился перитонит, потребовавший срочной операции. Герниолапаротомия + рассечение ущемляющего кольца + ликвидация ущемления + резекция сальника + герниопластика выполнена - у 180 больных, из них умерло 6 (3%). Помимо этого, 59 больным произведена резекция некротизированной кишки, из них умерло 15 (25,4%). Всего оперировано 239 больных, из них умерло 21 (8,8%).

Выводы. ОКН у лиц пожилого и старческого возраста, вызванная ущемлением кишки в наружных грыжах – частая, тяжёлая по течению и исходам лечения патология. Для её профилактики необходимо диспансеризация лиц пожилого и старческого возраста, выявление среди них пациентов, страдающих грыжами, их плановая госпитализация, предоперационное обследование, плановое оперативное лечение. Для улучшения качества предоперационной диагностики необходимо тщательное обследование больных, используя в трудных диагностических случаях УЗИ, обзорную и контрастную рентгеноскопию и рентгенографию органов брюшной полости, КТ, МРТ, срочная консультация опытного специалиста. Для улучшения результатов хирургического лечения провести больным в послеоперационном периоде интенсивную комплексную терапию, направленную на коррекцию тяжёлых нарушений метаболизма и гомеостаза, энтеральной недостаточности, эндогенной интоксикации, а также провести дальнейшие глубокие научные исследования по проблеме «Острая кишечная непроходимость». С целью профилактики врачебных ошибок в диагностике и лечении больных необходимо повышение квалификации хирургов по абдоминальной хирургии и гериатрии. Во избежание отказов больных от госпитализации, плановых и срочных операций по поводу неосложнённых и ущемлённых грыж живота, необходимо усилить санитарно-просветительную работу среди населения, используя для этого телевидение, радио, газеты.

11. Оценка показателей качества жизни после различных способов фундопликаций

Хуболов А.М., Толстокоров А.С., Коваленко Ю.В.
Саратов
ФГБОУ ВО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России

Актуальность: рефлюксная болезнь в последние годы занимает первое место по частоте среди всех заболеваний желудочно-кишечного тракта. Несмотря на довольно значимые успехи в понимании этиологии и патогенеза заболевания, разработку чувствительных методов диагностики, а так же эффективных способов как консервативного, так и хирургического лечения, остается не до конца решенным вопрос изучения показателей КЖ больных с ГЭРБ, после различных хирургических вмешательств. Вопрос о КЖ больных с ГЭРБ стал активно изучаться специалистами лишь в последние годы.

Цель исследования: оценить эффективность различных способов фундопликаций на основании изучения качества жизни пациентов после оперативных вмешательств.

Материалы и методы. В настоящей работе обобщен многолетний опыт хирургической коррекции больных с рефлюкс-эзофагитом на базе клиники хирургии и онкологии СГМУ имени В.И. Разумовского за период с 2011 г. по 2019 годы. Все пациенты с грыжами пищеводного отверстия диафрагмы и рефлюкс-эзофагитом различной степени тяжести, по характеру хирургического вмешательства были разделены на 4 группы – после выполнения различных вмешательств (ОФН, ОФТ, ЛФН, ЛФТ). Оценка показателей качества жизни больных с ГЭРБ проводилась при помощи специальных инструментов – опросников КЖ. Нами использовались следующие анкеты-опросники: 1) опросник SF-36; 2) специальный гастроэнтерологический опросник GSRS (Gastrointestinal Symptom Rating Scale); 3) Психоэмоциональные показатели здоровья оценивались по шкале депрессии НИИ им. В.М. Бехтерева.

Результаты и обсуждение. Субъективная оценка пациентами всех видов фундопликаций оказалась выше объективной оценки врача. Так, количество «отличных» и «хороших» отметок, выставленных самими пациентами по результатам хирургического вмешательства, было на 3,1- 9,7% выше, а «удовлетворительных» и «неудовлетворительных», соответственно на 7,3-9,6% ниже показателей, полученных врачом на основании изучения результатов анкетирования пациентов по модифицированной шкале Visick. Факт снижения исходного уровня КЖ при РЭ обусловлен с одной стороны наличием самих симптомов заболевания, а с другой отрицательным влиянием на психоэмоциональный статус больного. При этом, результаты анкетирования позволяют не только выявить факт снижения эмоционального статуса, но и дают возможность точно определить степень выраженности психоэмоциональных расстройств.

Выводы. Изучение показателей КЖ дает возможность точнее оценить динамику изменений уровня КЖ, а также выборочно подойти к вопросу выбора способа фундопликации для каждого конкретного больного с РЭ и ГПОД. Полученные нами результаты исследования свидетельствуют о регрессе клинической картины ГЭРБ после выполнения антирефлюксных вмешательств. При этом восстановление нарушенного рефлюксной болезнью уровня КЖ происходит как за счет интегрального физического (РН), так и психологического компонента (МН) здоровья пациентов.

12. Опыт лечения осложненных больших и гигантских послеоперационных вентральных грыж.

Авакимян С.В., Мариночкин А.С., Дидигов М.Т., Ключников О.Ю.
Краснодар
ФГБОУ ВО КубГМУ Минздрава России

Актуальность: по данным статистики, от 2% до 15% процентов всех лапаротомий осложняются развитием послеоперационных вентральных грыж (ПОВГ). В процентном соотношении ПОВГ составляют 20-26% всех наружных грыж живота, занимая второе место по частоте после паховых грыж. Количество больных с осложнениями со стороны послеоперационной раны достигает 18,6 % при применении сетчатых полимерных протезов, так же стоит отдельно выделить такое грозное осложнение как абдоминальный компартмент-синдром у больных с ПОВГ. Частота рецидивов остается достаточно высокой и составляет 4,5-60% после применения методик аутопластики, а с применением сетчатых протезов 3-19,5%. Летальность при данном заболевании колеблется от 0,1 до 2,9% при плановых операциях и от 10 до 26% при ущемленных грыжах. Всё это указывает на необходимость дальнейшего поиска методов лечения этой патологии.

Цель работы: улучшить результаты лечения осложненных гигантских и больших ПОВГ с применением нового метода герниопластики.

Материалы и методы: с 2016 по 2019 года в ГБУЗ “КБ СМП г. Краснодара” МЗ КК, в хирургическом отделении № 2 выполнено 56 грыжесечений при больших и гигантских ПОВГ. 47 грыж были оперированы в экстренном порядке, а 9 в отсроченном (выполнена сепарационная пластика). Из 47 грыжесечений, 22 выполнены по новой “in lay” методике (получен патент на изобретение № 2685636 от 19.04.2018г.), 19 с применением других методов “in lay” и у 6 пациентов с применением аутопластики.

Результаты и обсуждения: у 22 пациентов, оперированных новым методом, ранних послеоперационных осложнений (гнойно-септические, абдоминальный компартмент синдром) не наблюдалось. Лишь у одного пациента была диагностирована серома в подкожно - жировой клетчатке, которая была ликвидирована однократной пункцией под УЗ - контролем. За 2 года наблюдения рецидивов вентральных грыж не выявлено. Из 19 пациентов, оперированных другими методами “in lay” у 9 пациентов диагностирована серома в подкожно — жировой клетчатке, лечение которой потребовало многократной пункции под УЗ - контролем. У троих пациентов из этой группы было нагноение послеоперационной раны, которое потребовало повторной операции с удалением сетчатого импланта. Учитывая имеющиеся результаты, мы считаем, что данный метод пластики является операцией выбора при лечении осложненных больших и гигантских послеоперационных вентральных грыж.

13. Возможности оперативного лечения грыж в центре амбулаторной хирургии при поликлинике

Жданов А.И., Рудой В.Г., Землянский В.А., Меремьянин К.Л., Сурова М.В.
Воронеж

Воронежский государственный медицинский университет имени Н.Н. Бурденко

Актуальность: создание центров амбулаторной хирургии (ЦАХ) при поликлиниках позволило в амбулаторно-поликлинических условиях выполнять разнообразные оперативные вмешательства, которые ранее производили только в хирургических стационарах больниц. Среди этих вмешательств значительную часть составляют грыжесечения. В связи с этим актуальна проблема выбора оптимальных способов герниопластики, применяемых в центрах амбулаторной хирургии, их эффективность при индивидуальном подходе к пациентам с грыжами различных размеров и локализаций.

Материалы и методы: Центр амбулаторной хирургии при Воронежской городской клинической поликлинике № 7 (ВГКП № 7) функционирует с 2004 года. Основным подразделением этого ЦАХ является стационар кратковременного круглосуточного пребывания в сроки от 1 до 3 суток, который состоит из 2 операционных залов на 3 операционных стола, 2 предоперационных, перевязочной, процедурной, 5 палат на 10 коек, в состав которых входят 2 палаты интенсивной терапии с централизованной подводкой кислорода и оснащенные необходимым оборудованием для оказания

реанимационной помощи. Грыжесечения производили под спинальной или эпидуральной анестезией с нейролептанальгезией, а при грыжах больших размеров, рецидивных, послеоперационных, а также при выполнении лапароскопических герниопластик применяли эндотрахеальный наркоз. В качестве эндопротезов использовали сетки из полипропилена «Эсфил-Линтекс» и «Эндопрол-Волоть», легкие и средние, размерами от 6 x 11 см до 15 x 15 см. Оперативные вмешательства выполняют хирурги с опытом работы в герниологии. Среди сотрудников ЦАХ – 2 кандидата медицинских наук, 7 врачей имеют высшую квалификационную категорию и 2 – первую. Научно- методическую и практическую помощь ЦАХ оказывают Институт герниологии при кафедре факультетской хирургии (зав. кафедрой – профессор Е.Ф. Чередников) и кафедра госпитальной хирургии им. В.И. Булынина (зав. кафедрой – профессор А.И. Жданов) Воронежского государственного медицинского университета им. Н.Н. Бурденко.

Результаты: в центре амбулаторной хирургии ВГКП № 7 с 2004 г. по настоящее время выполнили 13922 операции по таким специальностям, как хирургия, травматология и ортопедия, урологии, ангиология и гинекология. При этом 2615 оперативных вмешательств произвели по поводу грыж брюшной стенки. Из них: паховых – 1710 (65.4%), пупочных - 642 (24.5%), белой линии живота - 203 (7.8%), бедренных - 19 (0.7%) и 41 (1.6%) - послеоперационных грыж, ранее выполненных при операциях из верхне – и нижнесрединного разрезов, также при лапаротомных доступах других локализаций. Пациенты старших возрастных групп - от 61 года и выше составили 57.4%, а в группах работоспособного возраста от 21 до 60 лет – 42.6%. Из них мужчин – 1925 (73.6%) и 690 (26.4%) женщин. При небольших грыжах белой линии живота и прочном апоневрозе у 41 больного после грыже-сечения произвели простое ушивание краев дефекта в апоневрозе, а при его истончении у 87 пациентов для пластики грыжевых ворот формировали дубликатуру апоневроза в продольном направлении. У 75 пациентов с грыжами средних и больших размеров, с диастазом прямых мышц живота II-III степени выполнили преперитонеальную аллопластику с фиксацией узловыми швами сетчатого трансплантата к задней стенке сухожильного футляра прямых мышц живота, отступя 3-4 см от края листков рассеченного в продольном направлении апоневроза и сшиванием над сеткой этих апоневротических листков «край в край». При пупочных грыжах с неширокими грыжевыми воротами, без диастаза прямых мышц живота и прочном апоневрозе в 35 случаях пластику выполнили по Мейо, а с диастазом прямых мышц живота I степени и истонченным апоневрозом в 283 – по Сапежко. При широких грыжевых воротах, диастазе прямых мышц живота II и III степени произвели 324 преперитонеальных аллопластик. Из них в 164 случаях эти протезирующие пластики выполнили по оригинальной методике, при которой продольная дубликатура апоневроза была фиксирована по линиям швов к сетке, размещенной предбрюшинно. У 41 пациента с послеоперационными грыжами, сформировавшимися после различных транслапаротомных вмешательств во всех случаях, произвели преперитонеальную аллопластику. Из них у 11 пациентов эта протезирующая герниопластика была выполнена по вышеуказанной оригинальной методике. При бедренных грыжах у 13 больных произвели грыжесечение по Бассини, а у 3 пациентов с невосправляемой бедренной грыжей или с комбинацией бедренной и паховой грыж выполнили грыжесечение по Руджи – Парлавеччио. За последние 2 года у трех пациентов с бедренными грыжами произвели 3 лапароскопические герниопластики методом TAPP. Из 1710 операций по поводу паховых грыж в 70 случаях аутопластику передней стенки пахового канала произвели по Жирару – Спасокукоцкому со швом Кимбаровского. Этот способ использовали при косых паховых грыжах у пациентов молодого возраста, с хорошо развитыми мышечно-апоневротическими слоями, прочной, нерастянутой поперечной фасцией, невысоким, щелевидно-овальной формы паховым промежутком и нерасширенным внутренним отверстием пахового канала. В остальных случаях при косых и прямых грыжах укрепляли заднюю стенку пахового канала с формированием глубокого пахового кольца. При этом пластику задней стенки с использованием

мышечно-апоневротических слоев в 86 случаях выполнили по Постемпскому, а с применением сетчатых трансплантатов в 1095 случаях - по Лихтенштейну. У 20 пациентов с рецидивными паховыми грыжами после различных ауто – и аллопластик грыжесечения выполнили по методу Нихуса, а у 28 больных при пахово-мошоночных грыжах с высоким паховым промежутком, выпрямленным паховым каналом – по методу Ривза. С 2009 года при паховых грыжах у 411 пациентов произвели лапароскопическую герниопластику методом ТАРР. При этом у 27 пациентов с двухсторонними паховыми грыжами лапароскопическая протезирующая герниопластика была выполнена одномоментно с обеих сторон. У 12 больных лапароскопическая герниопластика произведена по поводу рецидивных грыж, которые образовались после ранее выполненных мышечно-апоневротических герниопластик различными способами. Длительность пребывания в стационаре после ауто- и аллопластик в среднем составила 1.6 дня и 1.3 – после лапароскопических герниопластик. Стоимость одного дня пребывания больных в ЦАХ ВГКП №7 значительно меньше, чем в больничных хирургических стационарах города, что вместе с сокращением сроков госпитализации дает существенную экономию материальных средств. Рецидивы грыж после герниопластики по Сапежко возникли у 9 (3.2%) пациентов с пупочными грыжами и у 3 (3.4%) больных с грыжами белой линии живота после сформированных дубликатур апоневроза. Рецидивы после преперитонеальной аллопластики с ушиванием над сеткой листков апоневроза «край в край» выявлены у 9 (2.1%) пациентов, в основном, с послеоперационными грыжами белой линии живота. При паховых грыжах рецидивы возникли после грыжесечений по Жирару-Спасокуоцкому у 3 (4.3%) пациентов, по Постемпскому - у 2 (2.3%) и по Лихтенштейну - у 3 (0.3%) больных. После лапароскопических герниопластик рецидивы произошли у 10 (2.4%) больных. Гнойных осложнений и летальных исходов не было. Анализ результатов применения различных способов герниопластики свидетельствует о том, что в условиях центра амбулаторной хирургии ВГКП №7 при грыжах брюшной стенки с расширенными грыжевыми воротами, рецидивных, послеоперационных наиболее предпочтительными являются способ герниопластики с использованием эндопротезов, особенно у пожилых людей с гипо- и атрофичными мышечно-апоневротическими слоями брюшной стенки, которых среди пациентов поликлиники большинство. Улучшение микроциркуляции тканей в результате раннего двигательного режима, отсутствие внутрибольничной инфекции в центре амбулаторной хирургии ВГКП № 7 способствовали сокращению периода послеоперационной реабилитации, уменьшению количества осложнений, прежде всего, гнойно-воспалительных.

Выводы: дифференцированный подход к хирургическому лечению грыж брюшной стенки в центре амбулаторной хирургии при ВГКП №7 с избирательным применением различных способов герниопластики позволил производить грыжесечения у большего количества больных при уменьшении послеоперационных осложнений и снижении материальных затрат.

14. Ущемлённые внутренние грыжи, осложнённые острой кишечной непроходимостью

Абдуллаев М.Р.

Махачкала

ФГБОУ ВО "Дагестанский Государственный Медицинский Университет" Минздрава
России

Актуальность: ОКН, вызванная внутренним ущемлением кишки – редкая по частоте, трудная для диагностики, тяжёлая по клиническому течению и исходам лечения патология. При внутреннем ущемлении кишки нарушается кровообращение в брыжейке и стенке кишки, прекращается кишечный пассаж, развиваются некротические изменения в ущемлённой кишке и её брыжейке, тяжёлая энтерогенная интоксикация, нарушения

метаболизма и гомеостаза, гангрена и перфорация ущемлённой кишки, перитонит, ПОН. Молодые врачи мало знакомы с этой редкой, тяжёлой формой ОКН, что приводит к диагностическим и лечебно-тактическим ошибкам.

Цель исследования: оптимизация профилактики, диагностики и лечения ОКН, вызванной внутренним ущемлением кишки.

Материал и методы исследования: анализированы наблюдения, охватывающие 3274 больных ОКН, среди них у 41(1,3%) - причиной ОКН было внутреннее ущемление кишки в отверстиях диафрагмы, брыжейки кишечника, париетального и висцерального листков брюшины. Результаты и их обсуждение. Мужчин - 24(58,5%), женщин-17(41,5%), лиц молодого возраста -25(61,0%), пожилого и старческого возраста - 16 (39.0%). Внутреннее ущемление кишки происходило во внутренних отверстиях пахового и бедренного каналов, брюшинных карманах, травматических и послеоперационных дефектах диафрагмы, большого сальника, брыжейки толстой и тонкой кишок. Симптомы ОКН, вызванной внутренним ущемлением кишки: схваткообразные боли в животе(40), рвота(37), тошнота(37), задержка стула и газов(35), вздутие и болезненность живота(33), общее тяжёлое состояние(28), чаши Клойбера (27), симптом Щёткина-Блюмберга (26), асимметрия живота, симптом Валя(23),урчание в животе, контурирование через брюшную стенку кишечных петель, шум плеска(20), болезненное опухолевидное образование при пальпации в проекции пахового, бедренного каналов(19).У больных с ущемлёнными диафрагмальными грыжами, кроме перечисленных симптомов, наблюдались колющие боли, урчание и шум плеска в левой половине грудной клетки, при рентгеноскопии и рентгенографии в плевральной полости - газовый пузырь желудка, петли кишок, смещение сердца вправо. Диагностика внутреннего ущемления кишки трудна. Заболевание трактовалось как ОКН без уточнения её формы. Только у 5 до операции распознано внутреннее ущемление кишки. У 33 - установлен предоперационный диагноз ОКН без уточнения её формы. Только у 5 до операции распознано внутреннее ущемление кишки. У 33 - установлен предоперационный диагноз ОКН без уточнения её формы, у 1 - «перитонит», у 1 — «перекрученная киста яичника». Из-за несвоевременного обращения больных за хирургической помощью и диагностических ошибок, только 7 из 41 поступили до 24 ч. от начала заболевания, 31- из 41 - позже 24 ч. с момента внутреннего ущемления кишки, у 2- ОКН на почве внутреннего ущемления кишки развилась в хирургическом стационаре. Из-за несвоевременного обращения за врачебной помощью и диагностических ошибок иногда больные ОКН на почве внутреннего ущемления кишки доставлялись в стационар слишком поздно, в крайне тяжёлом состоянии. Во избежание диагностических ошибок в предоперационном периоде, в трудных диагностических случаях необходимо срочно УЗИ, обзорную и контрастную рентгеноскопию и рентгенографию органов грудной и брюшной полостей, КТ, МРТ. Объём и характер операции при ОКН, вызванной внутренним ущемлением кишки, определялись тяжестью патологоанатомических изменений ущемлённого органа. Небольшие отверстия диафрагмы ушивались из трансабдоминального доступа, при обширных дефектах диафрагмы - трансторакальным доступом с использованием аллотрансплантатов. Послеоперационная летальность при ОКН, обусловленной внутренним ущемлением кишки высока (24,4%). Из 41 больных ОКН, обусловленной внутренним ущемлением кишки, умерли 10. Наибольшая послеоперационная летальность при ОКН, вызванной внутренним ущемлением кишки - у больных пожилого и старческого возраста(43,7%), из 16 больных пожилого и старческого возраста умерли 7. Неблагоприятные результаты оперативных вмешательств, выполненных больным ОКН, вызванной внутренним ущемлением кишки объясняются поздней обращаемостью за хирургической помощью, поздней диагностикой, поздней госпитализацией и несвоевременным оперативным вмешательством в запущенной стадии заболевания, когда успели произойти некроз ущемлённой кишки, гнойный перитонит, гнойный плеврит, тяжёлая эндогенная интоксикация, ПОН. У 16 больных ОКН на почве внутреннего ущемления кишки наблюдались послеоперационные осложнения: перитонит (7), эндотоксический шок (4),

тяжёлый парез кишечника (2), сердечно - сосудистая недостаточность (1), эвентрация (1), пневмония (1).

Выводы: 1. ОКН, вызванная внутренними ущемленными грыжами - редкая по частоте, трудная для диагностики, тяжёлая по клиническому течению и исходам лечения форма непроходимости. 2. Для профилактики ОКН, вызванной внутренним ущемлением кишки необходимо при операциях на органах брюшной полости по поводу травматических повреждений и хирургической патологии тщательно ушивать дефекты, отверстия в брыжейках тонкой и толстой кишок, в диафрагме, в листках висцеральной и париетальной брюшины, куда могут внедриться и ущемиться кишечные петли, большой сальник. 3. Для улучшения качества предоперационной диагностики ОКН, вызванной внутренним ущемлением кишки, необходимо тщательно обследовать те места, где могут произойти внутреннее ущемление кишки (паховый и бедренный каналы, пупочное кольцо, отверстия в брюшной стенке, в послеоперационных рубцах), используя в трудных диагностических случаях УЗИ, обзорную и контрастную рентгеноскопию и рентгенографию органов брюшной и грудной полостей, КТ, МРТ. 4. Для улучшения результатов лечения ОКН, обусловленной внутренним ущемлением кишки, необходимо врачам помнить об этой редкой, но очень опасной и тяжёлой форме ОКН. не допускать ошибки в диагностике и лечебной тактике, провести в послеоперационном периоде интенсивную терапию, направленную на эффективную коррекцию тяжёлых нарушений метаболизма и гомеостаза, ликвидацию энтеральной недостаточности, эндогенной интоксикации.

15. Лечение паховых грыж по методике Лихтенштейна

Мельник И.В., Солиев С.Б.

г. Ташкент

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Актуальность: несмотря на множество предложенных методик пластики пахового канала при паховых грыжах до настоящего времени нет общепризнанного и идеального. Проблема является актуальной и нуждается в дальнейшем всестороннем изучении.

Цель исследования: изучить непосредственные результаты лечения больных с паховыми грыжами с применением полипропиленовой сетки по методу Лихтенштейна. **Материал и методы:** проанализированы результаты лечения 250 пациентов с паховыми грыжами. Все прооперированные – мужчины. Возраст больных от 25 до 86 лет. Согласно классификации Leoyd M. Nyhus (1995): прямые грыжи (тип IIIa) имелись у 111 (44,4%) больных; большие косые грыжи (тип IIIб) – у 74 (29,6%); рецидивные грыжи (тип IV) диагностированы у 65(26%) больных. При обследовании у 163(%) пациентов имелись различные сопутствующие патологии: гипертоническая болезнь 72(44,2%), ишемическая болезнь сердца 33(20,2%), сахарный диабет 21(12,9%), бронхиальная астма, эмфизема легких, пневмосклероз 18 (11%), варикозное расширение вен нижних конечностей 12(7,4%), перенесенное в анамнезе ОНМК 7(4,3%). Из 74 больных с рецидивными грыжами в 23 случаях имелся второй, в 9 - третий рецидив, в 7 случаях имелся рецидив грыжи после проведения операции грыжесечения с применением полипропиленовой сетки в других лечебных учреждениях.

Результаты и обсуждение: при выполнении операции с целью обезболивания у 174(69,6%) больных применялась местная инфильтративная анестезия, перидуральное обезболивание использовано в 60 (24%) случаях, общий наркоз имел место - у 16(6,4%) больных. Во время операции особое значение придаем минимальному травмированию тканей и гемостазу. Общая частота послеоперационных осложнений составила 15,6% (39). В 26 (10,4%) случаях наблюдался незначительный отек мошонки, который полностью проходил в течение 10-14 суток после операции. Возникновение данного осложнения связываем со сдавлением семенного канатика в отверстие, создаваемом в сетчатом имплантате; у 13 (5,2%) больных, оперированных по поводу рецидивных грыж,

в послеоперационный период и в период проводимых контрольных осмотров в зоне операции имелись участки нарушения чувствительности, что связываем с травмой нервных стволов при рассечении рубцовых тканей. Таких осложнений, как нагноение ран, серомы, гематомы мы не наблюдали. Консервативное лечение после операции включало: антибактериальную терапию, обезболивание, профилактику тромбоэмболических осложнений. Летальных исходов не было. Отдаленные результаты путем телефонного опроса изучены в период до 5 лет после операции у 102 (40,8%) больных - рецидивов грыж не отмечено. У 18 (17,6%) пациентов имелся незначительный хронический болевой синдром в месте операции, купируемый периодическим приемом нестероидных противовоспалительных средств. В остальных случаях самочувствие пациентов хорошее.

Выводы: таким образом, грыжесечение по методике Лихтенштейна с применением полипропиленовой сетки является операцией выбора у пациентов с прямыми (тип IIIa), с большими косыми (тип IIIб), рецидивными грыжами (тип IV). Строгое соблюдение операционной техники, качественный гемостаз, полноценная консервативная терапия позволяет избежать развития серьезных осложнений на различных этапах лечения.

16. Анализ неудач антирефлюксной хирургии у пациентов с грыжей пищеводного отверстия диафрагмы

Федоров В.И.¹, Бурмистров М.В.², Сигал Е.И.¹, Шарапов Т.Л.¹, Иванов А.И.¹.

Казань

¹ГАУЗ «РКОД МЗ РТ»

²ГАУЗ «РКБ МЗ РТ»

Актуальность: в последние годы появилось множество сообщений об осложнениях, зачастую нехарактерных для традиционной антирефлюксной хирургии. Количество ранних и поздних послеоперационных осложнений значительно варьирует в зависимости от опыта хирурга, техники операции и тщательности наблюдения за пациентом. По данным мировой статистики, их частота может достигать 17%. Наиболее серьезным, нередко требующим повторной операции, признан рецидив ГЭРБ и ГПОД, который возникает в 5-15 % случаев. Несмотря на значительный объем материала, посвященного данной проблеме, не существует единого мнения по вопросам диагностики, профилактики и методов лечения рецидива гастроэзофагеального рефлюкса и неудач антирефлюксной хирургии в целом. Нередко причиной неудач являются такие осложнения, как миграция и ущемление фундопликационной манжеты, вторичная параэзофагеальная грыжа пищеводного отверстия диафрагмы, феномен «телескопа», синдром «песочных часов», а также послеоперационное кровотечение и перфорация полых органов. Результативность повторных операций значительно ниже по сравнению с первичными. Успех реконструктивных вмешательств варьирует в пределах 23-89%. При этом вторая и третья реконструкция традиционно имеют более низкие показатели успеха, уменьшаясь до 20% с каждой последующей операцией.

Материалы и методы: В 1996-2018 гг. в онкологическом отделении №2 (отделение хирургии пищевода) Республиканского клинического онкологического диспансера МЗ РТ находилось на лечении 1208 больных с диагнозом ГПОД Мужчин - 698 (57,7%), женщин - 510 (42,3%). В возрасте от 15 лет до 78 лет. Были выполнены следующие виды ЛФ: Ниссена-Розетти 907 (75%), Ниссена 289 (24%), Тупе 6 (0,5%); Дора 6 (0,5%). 66 (5,5%) пациентам выполнены повторные операции. Показаниями явились: внутрибрюшное кровотечение 3 (0,24%), стойкая дисфагия 1 (0,1%), недиагностируемая перфорация желудка 2 (0,15%), герниопластика троакарной грыжи 1 (0,1%), рецидив гастроэзофагеального рефлюкса (ГЭР) 47 (4%), вторичная параэзофагеальная ГПОД 2 (0,15%), рецидив параэзофагеальной ГПОД 2 (0,15%), миграция манжеты 8 (0,7)

Результаты. Рецидив ГЭР и ГПОД явился основным показанием для выполнения повторной, в частности реконструктивной операции. Данная патология диагностирована

у 100(8,3%) пациента, 60 (5%) больных согласились на повторную операцию. В раннем послеоперационном периоде рецидив ГЭР диагностирован у 13 пациентов, в позднем послеоперационном периоде у 87 больных из 1208 больных. Всего 60 больным выполнены реконструктивные операции. 11 из них перенесли два оперативных вмешательства, а 1 больной три повторные операции. Из 60 оперированных пациентов, у 42(70%) больных первые реконструктивные операции выполнены успешно, а у 18(30%) диагностирован рецидив заболевания, 7 из них отказались от второй реконструкции, а 11 согласились на операцию. Из 11 повторно прооперированных пациентов у 5(45%) рецидив ГПОД не выявлен, у 6(55%) снова возобновились прежние жалобы, 5 из них отказались от операции, а 1 больной согласился на третью реконструктивную операцию, результат оказался неудовлетворительным. 54 (90%) пациентам операции выполнены лапароскопическим доступом, а 6 (10%) лапаротомным подходом. Показанием конверсии к лапаротомии являлся выраженный спаечный процесс. Были выявлены следующие интраоперационные находки: деструкция фундопликационной манжетки 25 (41,7%); деструкция с одновременной миграцией манжетки через пищеводное отверстие диафрагмы в средостение 14 (23%); миграция манжетки с болевым синдромом 8 (13,4%); феномен «телескопа» 6 (10%); вторичная параэзофагеальная ГПОД 2 (3,4%); ротация манжетки вокруг пищевода 1 (1,7%); «песочные часы» 1 (1,7%); рецидив параэзофагеальной ГПОД 1 (1,7%); гиперфункция манжеты 1 (1,7%); Рецидив ПЭ ГПОД + деструкция +миграция манжеты 1 (1,7%). Виды реконструктивных вмешательств: рефундопликация по Ниссену-Розетти 28 (47%); рефундопликация по Ниссену 25 (42%); по Дору 3 (5%). Иссечение грыжевого мешка + крурорафия 2 (3%); Иссечение грыжевого мешка + установка «U»-образного сетчатого импланта 1 (1,5%); Крурорафия 1 (1,5%). В послеоперационном периоде отличный результат реконструктивных операций наблюдался у 2 (3,3%) пациентов, хороший 14 (23,3%), удовлетворительный 31 (51,7%) и неудовлетворительный в 13 (21,7%) случаях.

Вывод: в связи со сложностью данных вмешательств и неоднозначным конечным результатом реконструктивных операций в лечении рецидива ГЭР, данная категория пациентов должна проходить лечение у опытных специалистов, в центрах владеющих не только лапароскопическими вмешательствами, но и имеющие опыт открытых антирефлюксных операций при ГПОД.

17. Опыт применения лапароскопической герниопластики при паховых грыжах в условиях ЦРБ

Кузнецов Д.В., Гецин Г.П., Сухов А.В., Иваненко А.С., Дегтярев С.Б.
пос. Каменоломни

МБУЗ ЦРБ Октябрьского района Ростовской области

Цель исследования: сравнительная оценка эффективности применения лапароскопических и традиционных операций с использованием сетчатых эндопротезов при паховых грыжах.

Материалы и методы: ретроспективный анализ историй болезней оперированных больных по поводу паховых грыж. Способ лапароскопической герниопластики в ЦРБ Октябрьского района Ростовской области применяется с 2014года. За все время по этой методике был прооперирован 61 пациент. В 2014г – 4, в 2015г – 4, в 2016г – 15, в 2017г – 21, в 2018г – 17. Из них было 2 женщины и 59 мужчин. Возраст больных варьировался от 18 до 74 лет. Подавляющее большинство (55случаев) составили косые паховые грыжи. В 4 случаях – прямые паховые грыжи. У 1 пациента – комбинированная грыжа. Четверо пациентов были прооперированы по поводу двухсторонней паховой грыжи. В 2х случаях оперировались рецидивные паховые грыжи после традиционного грыжесечения. У 2х пациентов симультанно выполнено клипирование левой яичковой вены по поводу варикоцеле. Конверсия имела место в одном случае и была обусловлена интраоперационным кровотечением. Ущемленные грыжи лапароскопически не

оперировались. В нашей ЦРБ использовался метод трансабдоминальной предбрюшинной герниопластики под эндотрахеальным наркозом. При этом в брюшную полость устанавливались 3 порта диаметром 10мм: в области пупка, в правой и левой подвздошных областях. После рассечения брюшины и выделения грыжевого мешка расщепленный сетчатый эндопротез устанавливался предбрюшинно вокруг семенного канатика и фиксировался к лонной кости и мышечно-апоневротическому слою в 7-8 точках с помощью эндогерниостеплера ProTack. После чего брюшина ушивалась аппаратом Endo Stitch. Продолжительность операции варьировалась от 90-120мин в 2014г до 30-40мин в 2018г. Длительность пребывания в стационаре составляла от 1 до 4 койко-дней. Послеоперационных осложнений не отмечено. Рецидивы возникли у 3 пациентов (4,91% случаев) Контрольную группу составили 223 пациента, которые были оперированы в плановом порядке способом Лихтенштейна в период с 2016 по 2018гг. В данной группе продолжительность оперативного вмешательства была 30-50мин. Длительность пребывания в стационаре составляла от 4 до 10 койко-дней. У 6 пациентов (2,7%) отмечались серомы послеоперационной раны. Рецидивы отмечены у 9 пациентов (4,03% случаев) Таким образом, сравнивая 2 группы пациентов, можно отметить, что продолжительность оперативного вмешательства, а также вероятность возникновения рецидива при традиционном и лапароскопическом способе существенно не отличаются, при этом после лапароскопических операций значительно меньше длительность пребывания в стационаре и количество послеоперационных осложнений.

Выводы: 1. Эффективность метода лапароскопической герниопластики сопоставима с традиционной герниопластикой с использованием сетчатых эндопротезов. 2. Применение лапароскопической герниопластики позволяет значительно сократить сроки пребывания пациентов в стационаре, уменьшить количество послеоперационных осложнений, выраженность послеоперационного болевого синдрома, дает хороший косметический эффект. 3. Из минусов методики стоит отметить необходимость приобретения дополнительного инструментария и расходных материалов.

18. Анализы результатов хирургического лечения послеоперационных и рецидивных грыж передней брюшной стенки

Бабажанов А.С.¹, Ахмедов А.И.², Тоиров А.С.³

^{1,2,3}Самарканд. Узбекистан

^{1,2,3}Самаркандский государственный медицинский институт

Актуальность: в настоящее время показания к аллопластике грыж расширяются, и даже самые скептически настроенные хирурги, применяют протезы для лечения грыж. Осложненное течение послеоперационного периода, высокая послеоперационная летальность, а также частые рецидивы грыжи, достигающие 20–40%, представляют серьезную проблему.

Цель исследования: улучшение ближайших и отдалённых результатов лечения больных с послеоперационными и рецидивными грыжами, с применением способа ненатяжной герниопластики.

Материалы и методы исследования: алгоритм диагностики послеоперационных грыж передней брюшной стенки, включает следующие методы исследования: лабораторные (общеклинические, биохимические, иммунологические), мониторинг сердечнососудистой и дыхательной систем, специальные методы (УЗИ передней брюшной стенки, компьютерная томография). Признана наиболее обоснованная классификация, которая принята на XXI Международном конгрессе герниологов в Мадриде в 1999 году. Послеоперационные грыжи классифицируются по трем параметрам: по локализации, ширине грыжевых ворот и наличия рецидива. Данная работа является результатом анализа хирургического лечения 50 больных с послеоперационными и рецидивными грыжами, находившихся на стационарном лечении в хирургическое отделение Самаркандского городского мед. объединения. Всем

больным с сопутствующими заболеваниями на амбулаторном этапе лечения и в условиях стационара, проводилось комплексное обследование, а затем—предоперационная подготовка, обеспечивающая коррекцию и компенсацию имеющейся сопутствующей патологии. Общее количество больных были разделены на две группы в зависимости от способа герниопластики: В 1-ю группу (основную) включены 30 (60%) пациентов, которым была выполнена ненатяжная герниопластика по методике «inlay». В контрольную группу вошли 20 (40%) больных, у которых герниопластика выполнялась с применением сетчатых эндопротезов, по методике «onlay». Отдаленные результаты основной и контрольной группы, изучены в сроки от 1 года до 3 лет. В основной группе, рецидивов заболевания, не отмечено ни в одном случае. У пациентов контрольной группы в отдаленном послеоперационном периоде, рецидивы заболевания возникли у 4 пациентов, причем у 2(50%) больных –в течение первого года после операции, а у 2(50%) больных –через 2 года после операции.

Выводы: таким образом, при сравнительном анализе выявлено, что внедрение аллотрансплантации при больших грыжах передней брюшной стенки, позволяет не только избежать послеоперационных осложнений и рецидива заболевания, но и уменьшить длительность пребывания больного в стационаре, а также снизить послеоперационную летальность.

19. Сравнительная характеристика механических свойств биологических и синтетических имплантов применяемых в хирургии послеоперационных вентральных грыж

Топчиев М. А., Паршин Д. С., Топчиев А. М., Нурмагомедов А. Г., Мухтаров И. А.
Астрахань
ФГБОУ ВО Астраханский ГМУ МЗ РФ

Актуальность: восстановление анатомических структур передней брюшной стенки при вентральных грыжах является распространенной хирургической манипуляцией. Ежегодно в мире оперируются около миллиона пациентов с грыжами различной локализации. За последние двадцать лет стандартом при реконструкции дефектов передней брюшной стенки является использование искусственных сетчатых имплантат. Применение их по данным многих авторов, с точки зрения рецидива, дало преимущество перед другими способами восстановления анатомии передней брюшной стенки, в частности, использование местных тканей с наложением прямого шва или дубликатур и составляло до 2,7%. Однако, многих хирургов не удовлетворяют механические свойства даже современных синтетических имплантат, которые в процессе биотрансформации в организме по свойствам приближаются к грубоволокнистой соединительной ткани. Данное обстоятельство препятствует функционированию передней брюшной стенки, как динамической системе, призванной противостоять повышению внутрибрюшного давления. На наш взгляд, в качестве материала для замещения или укрепления анатомических структур передней брюшной стенки особый интерес представляют биологические имплантаты, в частности, аутокожа.

Целью исследования: являлось изучение механических свойств синтетического (полипропиленового сетчатого имплантата – ПСИ) и биологического имплантатов (деэпителизованного аутодермального трансплантата – ДЭАТ).

Материалы и методы: тензометрические исследования проводились по изучению таких параметров как прочность на разрыв, прочность на прорыв шовного материала. Исследования проводились в сертифицированной лаборатории астраханского технического университета. Для исследования применялся испытательный лабораторный набор с программным обеспечением по сопротивлению материалов фирмы PASCO AP -8214 (США). Обработка данных проводилась с помощью программного обеспечения Data Studio. В качестве ПСИ применялся полипропиленовый сетчатый протез с толщиной нити 0,4-0,6 мм, плотностью 65 г/м². В качестве

биоимпланта использовали ДЭАТ, приготовленного по собственной оригинальной технологии. Сравнивалось по 10 образцов.

Результат исследования: обозначался графиком кривой деформации. Разрушающая нагрузка (Н/см) рассчитывалась, как результат умножения максимальное напряжение на толщину образца. При этом длина растяжения/разрыва рассчитывалась таким образом, что максимально допустимый ход двигающегося зажима позволил довести образец до разрыва. После чего, проводился анализ полученных диаграмм, отображающих критическую точку разрыва, то есть максимальную нагрузку, которую может выдержать образец при растягивающих усилиях, и, что в особенно важно, характер сопротивления образца растяжению. Результаты исследования анализировали методами вариационной статистики.

Результаты и обсуждение: сетчатые и кожные полотна имплантатов демонстрируют линейное удлинение. При тензометрии обеих типов образцов в начале выявило равномерное распределение нагрузки без сопротивления усилий. При этом отмечено, что податливость при исследовании ДЭАТ выше, чем сетчатого имплантата в 1,5 -2 раза в зависимости от толщины образца. Средние значения разрывной нагрузки при одноосном растяжении ДЭАТ при 100% деформации составила $51,2 \pm 4,1$ Н/см². Средние значения разрывной нагрузки ПСИ при одноосном растяжении вдоль основы составила $19,9 \pm 3,4$ Н/см². Максимальные средние значения на прорыв шовным материалом ДЭАТ при его 100 % деформации составили $28,1 \pm 3,7$ Н/см². В то же время максимальные средние значения на прорыв шовным материалом ПСИ при его 100 % деформации составили $20,1 \pm 2,7$ Н/см². При исследовании на провыв ДЭАТ был выявлен участок линейной деформации образца без увеличения нагрузки. Данное явление в материаловедении называется «текучестью». На графике это представлено в виде «площадки». Данное явление «текучести» не отмечено при исследовании на прорыв шовным материалом ПСИ. При исследовании механических свойств ДЭАТ и ПСИ была выявлена определенная математическая зависимость, выражаемая формулами: для ПСИ $y=2x$, для ДЭАТ $y=(3,5 \div 4,0) x$.

Выводы: биологический имплантат, подготовленный по авторской технологии при тензометрических исследованиях, показал способность к податливости и прочности на разрыв в 1,5 – 2 раза выше по сравнению с ПСИ. При исследовании на прорыв шовным материалом ДЭАТ выявлены свойства «текучести», и более высокие показатели в сравнении с ПСИ.

20. Состояние верхней стенки пахового канала у больных первичными паховыми грыжами

Ивачев А.С., Ивачева Н.А.

Пенза

Пензенский институт усовершенствования врачей-филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО
Минздрава России

Несмотря на многочисленность предложенных способов пластик пахового канала, проблема лечения больных паховыми грыжами остается актуальной, что оправдывает дальнейшие поиски новых способов операций. Абсолютное количество научных работ на эту тему посвящены вопросам куда фиксировать, что фиксировать и чем фиксировать. Но обсуждается и изучается только характеристика аллопластических материалов.

Цель: изучить у грыженосителей состояние ткани верхней стенки пахового канала.

Материал: у 107 больных с первичными паховыми грыжами во время грыжесечения изучено состояние верхней стенки пахового канала – внутренней косой и поперечной мышц передней брюшной стенки. Оценивались высота пахового промежутка, степень разволокнения внутренней косой мышцы живота, выраженность паховой дуги, состояние пахового серпа и его подвижность. Эти анатомические образования использовались при пластике пахового канала, а именно: Лихтенштейн, Бассини и

Десарда. За период 2017-2019 были оперированы 107 больных паховыми грыжами. Распределение грыж по классификации по Нихусу: II тип – 8 (7,5%) больных, IIIa – 48 (44,9%) больных, IIIb – 51 (47,6%) больной. Выполненные операции в зависимости от типа грыжи. II тип: Лихтенштейн – 4, Бассини – 3, Десард – 1. IIIa тип: Лихтенштейн – 45, Бассини – 3. IIIb – тип: Лихтенштейн – 45, Бассини – 6. Таким образом пластики, при которых была использована верхняя стенка пахового канала по Лихтенштейн и Бассини, выполнена у 106 (99,1%) больных. Высота пахового промежутка интересовала с точки зрения возможности низведения верхней стенки пахового канала к паховой связке без натяжения, чтобы не вызывало ишемию мышц. Высоту пахового промежутка измеряли при помощи перпендикуляра от паховой связки (или бедренной дуги) до максимально отдаленной полноценной верхней стенки пахового канала. Высота определяла форму пахового промежутка: щелевидная, когда расстояние было менее 2 см (7 больных – 6,5%), от 2 до 3 см (64 больных – 59,8%) промежуточная и свыше 3 см (36 больных – 33,6%) – треугольная. В связи с тем, что внутренняя косая мышца живота в наибольшей степени определяет прочность верхней стенки пахового канала, было изучено её состояние. Нам не удалось установить зависимость состояния этой мышцы от типа грыж и возраста. У 17 (15,9%) больных внутренняя косая мышца была представлена отдельно расположенными волокнами, которые соединялись между собой прозрачной собственной фасцией. У 7 больных (6,5%) мышечная ткань определялась с трудом. В этой связи фиксацию импланта выполняли к латеральному краю прямой мышцы живота или паховому серпу (в медиальной части пахового промежутка) и к апоневрозу наружной косой мышцы (в средней и латеральной части). В 13 случаях (12,1%) было обнаружено разволокнение ткани внутренней косой мышцы живота. Эта мышца представлена отдельными волокнами, ширина щелей была 2-4 мм. В этих наблюдениях дряблость мышц была выражена максимально. Определялась повышенная подвижность пахового серпа. У 21 больного (19,6%) верхняя стенка пахового канала была представлена истонченной мышечной тканью без дополнительных щелей. Только в 49 наблюдениях (45,8%) верхняя стенка пахового канала была представлена выраженной мышечной тканью, которая имела толщину до 4-6 мм, имела выраженную собственную пластинку и при низведении к бедренной дуге или паховой связке не нарушала своей целостности. Паховый серп чаще всего определяли при треугольной форме пахового промежутка, что способствовало укреплению задней стенки при выполнении пластики.

Выводы: 1. У 45,8% больных внутренняя косая и поперечная мышцы были представлены хорошо выраженными мышечными волокнами, без щелей и паховый промежуток представлен щелевидной формой. В этих наблюдениях какая-либо пластика с использованием этих структур была оправдана. 2. У 33,6% больных паховая дуга располагалась на расстоянии более 4 см, была истончена, внутренняя косая мышца имела межволоконные щели. Данная ситуация не способствовала к использованию этих структур.

21. Видеоассистированная крестовая SEAL-герниография в практике начинающего хирурга

Мяконький Р.В.¹, Панкратов А.И.², Романов И.В.³

¹Волгоград, ²Саров, ³Балашиха

¹Волгоградский государственный медицинский университет,

²Клиническая больница № 50 ФМБА России,

³Московский областной онкологический диспансер

Актуальность: наружные грыжи живота относятся к числу наиболее распространенных хирургических заболеваний и встречаются у 3-5 % населения. Актуальность проблемы хирургического лечения дефектов передней брюшной стенки определяется ее высокой медико-социальной значимостью (М.Г. Ахмедов, Ю.Ш. Розиков, 1998, Р.В. Мяконький, 2017). В последние годы заметно вырос интерес к поиску

новых способов хирургического лечения пупочных грыж и связано это, в первую очередь, с широким внедрением лапароскопических технологий. Околопупочная область используется для ввода троакара при подавляющем большинстве лапароскопических операций на органах брюшной полости. По данным ряда авторов, в послеоперационном периоде у 1-2,2% пациентов развиваются грыжи в околопупочной области в месте ввода троакара. Таким образом, формируется значительная группа пациентов с так называемыми троакарными грыжами (В.Н. Егиев, К.В., Лядов, П.К. Воскресенский, 2003). Как известно, пупочное кольцо является «слабым местом» брюшной стенки, поэтому пупочные грыжи занимают второе место после паховых грыж, что в свою очередь характеризует масштаб и актуальность рассматриваемой проблемы. Следует выделять две разновидности пупочных грыж: малые и большие. При малых грыжах белая линия живота не изменена, имеется лишь расширение пупочного кольца. Данный вид грыж отличается тем, что любые хирургические техники и методики дают достаточно хорошие результаты. В современных условиях любую операцию предпочтительно проводить в лапароскопическом варианте, при этом способ должен быть наиболее прост для хирурга и наименее травматичен для пациента. Основной сложностью при многих лапароскопических вмешательствах, является отсутствие достаточного навыка у оперирующего хирурга или не владение им техникой эндоскопического интракорпорального шва. Выходом из ситуации является поиск методик ручного экстракорпорального шва, который способен воспроизводить и тиражировать абсолютно любой, в том числе и начинающий хирург.

Материалы и методы: предложен метод видеоассистированной крестовой SEAL-герниорафии (от англ. seal – пломбировать, запечатывать) для лечения малых пупочных и троакарных грыж. Полученные результаты. Суть метода заключается в следующем, по среднеключичной линии слева или справа (в зависимости от предпочтения оперирующего хирурга) в мезогастрии параллельно пупку скальпелем производится прокол (насечка) кожи длиной 0,5 см, через которую в брюшную полость вводится троакар диаметром 5 мм, в брюшную полость инсуффлируется углекислый газ, накладывается малый карбоксиперитонеум (8-10 мм.рт.ст.). После чего в брюшную полость вводится лапароскоп с косой оптикой. По общим правилам производится инспекция брюшной полости. Грыжевой мешок в области пупка сохраняется интактным. Определив края грыжевых ворот пупочной грыжи, с помощью скальпеля параумбиликально и билатерально, на расстоянии 0,5-1,0 см, скальпелем на глубину кожи производится несколько насечек (перфораций) по 2-3 мм (на толщину (диаметр) иглы), как правило, их количество составляет от 2 до 6. Под контролем зрения с помощью атравматической иглы и иглодержателя или лыжеобразной иглы производится наложение вертикальных П-образных швов с правой и с левой стороны от пупочного кольца (петля нити должна захватывать всю толщу передней брюшной стенки), при этом игла должна выйти через насечку с противоположной стороны от пупка. Затем, тоже самое, выполняют по средней линии живота, сверху и снизу от пупка, формируется второй слой (в петлю захватывается только апоневроз). Все узлы во время операции формируются экстракорпорально. При устранении грыжи пупок и грыжевой мешок гофрируются. Края околопупочных радиальных насечек поднимаются и адаптируются с помощью зажима. Ушивание параумбиликальных насечек не требуется. После произведенной герниорафии осуществляется окончательная инспекция брюшной полости, в частности, со стороны брюшной полости оценивается качество ушивания грыжевых ворот. Из брюшной полости удаляется лапароскоп, снимается карбоксиперитонеум, извлекается троакар, кожная рана ушивается одним узловым швом. С использованием приведенной методики можно ушить и/или троакарную грыжу, располагающуюся над или под пупочным кольцом. Обсуждение. В зарубежной и отечественной хирургической практике имеется ряд концептуальных решений, касающихся экстракорпорального шва при лапароскопических вмешательствах. Так, метод проведения лигатур через прокол брюшной стенки под контролем лапароскопа был описан еще в 1990 г. в каталоге германской фирмы «Karl Storz», как пример

использования разработанной и производимой фирмой иглы. Эта игла была применена в 1991 г. А. Cuschieri для подтягивания круглой связки печени при лапароскопической холецистэктомии. В 1998 г. М.Г. Ахмедовым было предложено устройство для наложения подкожного эндохирургического шва, которое имеет определенное сходство с иглой «Karl Storz». Также инструмент для проведения лигатуры через брюшную стенку выпускается фирмой «Auto Suture». Для создания транскутанного эндохирургического шва в своей практике при пупочных грыжах мы также используем инструмент BERCИ (Р.В. Мяконький и соавт., 2017). Как показано выше, предлагаемый нами метод, не требует использования специальных эндоскопических инструментов, что делает его экономически и технически более привлекательным.

Выводы: предлагаемый метод следует рассматриваться как стационар-сберегающую технологию в рамках концепции ускоренной реабилитации пациентов. Он экономически привлекателен, легко воспроизводим и тиражируем, может применяться, в том числе и начинающими хирургами. Метод имеет все преимущества лапароскопического вмешательства и лишен сложностей, связанных с необходимостью определенных лапароскопических мануальных навыков. Ближайшие и относительно отдаленные (3 года) результаты послеоперационного безрецидивного наблюдения эффективности приведенной методики представляются весьма обнадеживающими и перспективными для использования метода, а также накопления и анализа отдаленных результатов в формате многоцентровых исследований.

Рекомендации: для санации грыженостителей с малыми пупочными и троакарными грыжами необходимо способствовать широкому внедрению видеоассистированной крестовой SEAL-герниорафии в повседневную хирургическую практику, как общехирургических отделений, так и специализированных герниологических центров. Кроме того, представляется уместным использование приводимой методики и в детской герниологии.

22. Дифференцированный подход аутогерниопластике косых и прямых паховых грыж

Иманалиев М.Р., Исаев М.Х., Абдулжалилов М.К., Исаев Х. М-Р., Ахмаев М.М.
Махачкала
ФГБОУ ВО «Дагестанский государственный медицинский университет» МЗ РФ

Актуальность: несмотря на масштабы научного интереса и накопленный большой практический опыт, проблемы герниологии, связанные с рецидивами и послеоперационными осложнениями, остаются наиболее актуальными и далекими от окончательного разрешения.

Цель исследования. Улучшить результаты лечения пациентов паховыми грыжами применением отдельной фасциально-мышечно-апоневротической пластики.

Материал и методы: в статье представлены результаты лечения 138 пациентов с паховыми грыжами. Мужчин было 121, женщин – 17. Возраст пациентов в среднем составил 46,7-+ 12,4. Длительность заболевания до года отмечено у 71, до 5 лет – у 46 и выше - у 21 пациентов. Соотношение косых и прямых грыж составило 102/36, а ущемленных косых и прямых грыж - 34/7. Средний срок пребывания пациентов в стационаре составил 4,2 дня. Раздельная пластика поперечной фасции, внутренней косой с поперечной мышцей и апоневроза наружной косой мышцы живота по предлагаемому способу показала себя надежной и прочной. Способ предусматривает внесение определенных коррекций в пластику каждого из этих слоев, исключает сложные и травмирующие ткани манипуляции, доступен для начинающего практику хирурга и обеспечивает значительную профилактику послеоперационных осложнений и рецидива. На область повреждения поперечной фасции накладываем П - образный шов. Для этого шва использовалась нить, наложенная на культю грыжевого мешка. Преимущество П-образного шва заключается в том, что захватываются несколько волокон поперечной

фасции перпендикулярно им. В этом случае лигатура при затягивании шва прочно цепляется за волокна поперечной фасции. Сближение захваченной в шов мышечной ткани с глубоким отделом паховой связки всегда возможно без натяжения. Они являются мобильными и находятся на расстоянии менее 2,0 см, что не требует усилия и тем более их натяжение. Мы их располагаем максимально близко, на расстоянии «дружеского рукопожатия» и мирного сосуществования, а не в «железном» захвате лигатурой, где мышечная ткань, сосуды и нервы подвергаются серьезным повреждениям. При сближении внутренней и поперечной мышц с паховой связкой затягиваем шов таким образом, чтобы лигатура не врезалась в толщу мышечной ткани, т.к. она является нежной и легко ранимой и к ней надо относиться также деликатно, как и элементам семенного канатика. Кроме того, сосуды и нервы, которые снабжают ткани пахового канала и проходят по ним дальше, остаются неповрежденными, что способствует значительному сокращению осложнений со стороны послеоперационной раны. При восстановлении апоневроза наружной косой мышцы живота выполняем напротив семенного канатика надрез медиального листка длиной 7-8 мм. Первый шов накладываем под визуальным контролем между медиальной ножкой поверхностного кольца, которая сместилась к лонному бугорку на ширину разреза, и паховой связкой у места прикрепления к лонному бугорку без захвата надкостницы. Края надреза пришиваем к паховой связке соответственно диаметру семенного канатика. Боковые мышцы пахового канала, в лучшем случае, только частично укрепляют медиальный отдел, а апоневроз наружной косой мышцы образует напротив медиальной ямки поверхностное кольцо. Если этим постоянным двум факторам сопутствует нарушение метаболизма коллагена, что значительно снижает прочность задней стенки у медиальной ямки, а запирающая функция мышц у глубокого пахового кольца способна противостоять повышенному внутрибрюшному давлению, то повреждается поперечная фасция у медиальной ямки и формируется прямая грыжа.

Результаты и обсуждение: условия для пластики прямой грыжи являются менее благоприятными. В группе сравнения соотношение рецидивов после пластики прямой и косой паховых грыж составило 72,6% и 27,4% соответственно. Предлагаемый нами способ также позволяет выполнить при прямой паховой грыже трехслойную раздельную пластику. После погружения грыжевого мешка в брюшную полость, что всегда получается при прямой грыже, накладываем один или два П-образных шва в пределах повреждения поперечной фасции. Для успеха операции необходимо первым швом захватить медиальный отдел боковых мышц и паховую связку по возможности ближе к ее медиальной части. Это позволяет еще не фиксированные к паховой связке мышцы подтянуть на поверхность восстановленной поперечной фасции. Созданная, таким образом, мышечная заслонка является существенным фактором против рецидива грыжи. Завершаем пластику задней стенки полным закрытием поверхностного кольца и расположением семенного канатика над апоневрозом, что в большей степени устраивает элементов семенного канатика чем, если бы они находились над эндопротезом.

Выводы: 1). Трехслойная аутопластика пахового канала П-образными швами без натяжения позволяет сохранить кровообращение и иннервацию в тканях и снизить частоту послеоперационных осложнений более 3 раз, а рецидива грыжи - более 9 раз.

23. Пути профилактики троакарных грыж после лапароскопической холецистэктомии

Праздников Э.Н.^{1,2}, Баранов Г.А.^{2,1}, Бахметов Т.Р.^{1,2}
Москва

¹ФГБОУ ВО МГМСУ им. А.И. Евдокимова

²ГБУЗ ГКБ имени братьев Бахрушиных ДЗМ

Актуальность темы: в настоящее время лапароскопические операции уверенно занимают лидирующие позиции и активно вытесняют лапаротомные оперативные

вмешательства. Профилактике троакарных грыж после лапароскопических вмешательств, а в частности при ЛХЭ практически не уделяется внимания, как в отечественной, так и в зарубежной литературе. По данным зарубежной литературы первый случай возникновения грыжи при лапароскопической операции описан в 1968г. Следует отметить, что лапароскопической хирургии присущи особенности, которые должны быть учтены в клинической практике. Проведен анализ протоколов операций больных, которым была выполнена ЛХЭ, за 5-й период, на базе Городской Клинической больницы им. братьев Бахрушиных. Выполнен осмотр и ультразвуковое исследование передней брюшной стенки у оперированных ранее пациентов с целью выявления послеоперационных троакарных грыж с учетом двух различных областей передней брюшной стенки (эпигастральной и параумбиликальной) и различных вариантов ушивания троакарных ран при ЛХЭ. Цель исследования. Изучить частоту возникновения троакарных грыж передней брюшной стенки в зонах лапаропортов при ЛХЭ с учетом двух различных областей (эпигастральной и параумбиликальной) и различных вариантов ушивания троакарных ран.

Материалы и методы: для выявления частоты возникновения троакарных грыж в различных областях передней стенки живота изучены протоколы операций пациентов оперированных в объеме ЛХЭ. Проведена клиническая и ультразвуковая оценка состояния областей стояния лапаропортов передней брюшной стенки в позднем послеоперационном периоде (от 1 до 5 лет). В нашей клинике для ушивания троакарных ран использовались: 1) метод «стандартного» ушивания; 2) игла Берси; 3) игла Endoclose; 4) устройство для ушивания троакарных ран отечественного производителя (г. Казань).

Результаты: получены данные о наиболее частой локализации троакарных грыж при ЛХЭ в зависимости от места извлечения удаляемого органа и способа ушивания раны.

Выводы: полученные данные свидетельствуют о преимуществах выбора эпигастральной области и устройств ушивания троакарных ран при проведении ЛХЭ, в сравнении с параумбиликальным доступом и «стандартным» ушиванием, в плане образования послеоперационных вентральных грыж.

24. Профилактика послеоперационных раневых осложнений герниопластики по методике onlay

Хиндикайнен А.Ю., Черкасов М.Ф., Помазков А.А.
Ростов-на-Дону
ФГБОУ ВО РостГМУ Минздрава России

Актуальность. Несмотря на совершенствование хирургической техники, 10 – 31% лапаротомий осложняются образованием вентральных грыж. Хотя известно около 200 способов пластики брюшной стенки при послеоперационных грыжах, частота развития рецидивов, даже при использовании имплантов, достигает 30%. Послеоперационные раневые осложнения герниопластики, являющиеся одной из основных причин рецидивов, по данным различных авторов, возникают в 20,9 – 49,2%. Осложнения герниопластики приводят к увеличению послеоперационного койко-дня и амбулаторного периода долечивания, неоднократным дополнительным госпитализациям, возрастанию материальных затрат на лечение. У пациентов, перенесших множественные хирургические операции, при наличии рецидивных грыж, зачастую отсутствует техническая возможность адекватной дифференцировки слоев передней брюшной стенки, связанная с наличием рубцового или спаечного процесса в области грыжевых ворот, отсутствием или выраженным повреждением брюшинного покрова в зоне пластики. В большинстве случаев единственным возможным решением становится применение пластики по методике onlay, характеризующейся наиболее высокой частотой развития раневых осложнений.

Цель работы. Улучшение результатов лечения пациентов с вентральными грыжами путем разработки способа профилактики послеоперационных раневых осложнений герниопластики, выполняемой по методике onlay.

Материалы и методы. Сравнительный анализ результатов хирургического лечения проведен у 60 больных с послеоперационными вентральными грыжами, оперированных в отделении хирургическом клиники РостГМУ. Пациентам основной группы (28 человек) выполнялась надапоневротическая пластика дефекта передней брюшной стенки сетчатым имплантом по оригинальной методике с использованием полисахаридной системы «PerClot» (патент РФ №2645245). После обработки грыжевого мешка производилось выделение краев апоневроза с последующим их сведением и сшиванием край-в-край. Полипропиленовый сетчатый имплант фиксировали одиночными узловыми швами полипропиленовой нитью 2/0 поверх апоневроза по методике onlay. После тщательного осушения раневой поверхности имплант равномерно покрывали порошком «PerClot», выдерживая толщину слоя 2 – 3 мм. Далее нанесенный слой препарата равномерно орошали 0,9% физиологическим раствором до образования на поверхности импланта гелеобразного покрытия. Послеоперационная рана ушивалась послойно с оставлением в зоне импланта дренажа по Редону. В контрольной группе, включавшей 32 пациента, аналогичное оперативное вмешательство выполнялось без использования «PerClot». В послеоперационном периоде производился ежедневный контроль количества и характера раневого отделяемого, ультразвуковое исследование передней брюшной стенки выполнялось на 7-е, 14-е и 21-е сутки после операции. При обнаружении у пациентов при УЗИ в парапротезной зоне жидкостных скоплений объемом 15 и более мл производились пункции сером с эвакуацией их содержимого под УЗ-контролем.

Результаты. Количество раневого отделяемого у пациентов основной группы на 1-е сутки после операции было достоверно меньше ($40,86 \pm 19,99$ мл), чем у пациентов контрольной группы ($62,94 \pm 20,13$ мл). На 2-е сутки после операции количество раневого экссудата у пациентов основной группы в 2 раза меньше ($23,57 \pm 20,03$ мл), чем у пациентов контрольной группы ($46,63 \pm 20,29$ мл). Сроки удаления дренажей у пациентов основной группы ($2,89 \pm 1,33$ суток) на 2 суток меньше таковых у пациентов контрольной группы ($4,84 \pm 1,34$ суток). В послеоперационном периоде раневые осложнения наблюдались у 6 пациентов основной группы (21,4%) и 24 пациентов контрольной группы (75%). В структуре раневых осложнений были зафиксированы следующие: серома (76,9% от всех осложнений), гематома, инфильтрат, нагноение послеоперационной раны, лигатурный свищ. Среднее количество пункций, выполненных в послеоперационном периоде пациентам исследуемых групп при обнаружении сером, составило $0,43 \pm 1,09$ в основной группе и $1,34 \pm 0,98$ в контрольной группе. Средний послеоперационный койко-день пациентов контрольной группы – $14,56 \pm 4,31$ суток, что более чем в 1,5 раза превышает длительность пребывания в стационаре пациентов основной группы, которая составила $9,61 \pm 4,27$ суток.

Выводы. У пациентов основной группы исследования применение разработанной методики профилактики послеоперационных раневых осложнений герниопластики привело к уменьшению выраженности лимфореи, экссудации и отека в зоне оперативного вмешательства, позволило снизить количество раневого отделяемого, что привело к сокращению срока нахождения дренажей в зоне импланта, снижению риска возникновения послеоперационных раневых осложнений и уменьшению сроков пребывания больных в стационаре. Проведенное исследование позволяет рекомендовать применение «PerClot» с целью снижения частоты имплант-ассоциированных послеоперационных раневых осложнений герниопластики, выполняемой по методике onlay.

КОЛОПРОКТОЛОГИЯ

1. Острая кишечная непроходимость при абдоминальном туберкулезе

Решетников М.Н.¹, Плоткин Д.В.^{1,2}, Синицын М.В.¹, Абу Аркуб Т.И.¹
Москва

¹ГБУЗ «Московский городской научно-практический центр борьбы с туберкулезом Департамента здравоохранения г. Москвы», Клиника №2, г. Москва, Россия
²ФГБОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России, Кафедра общей хирургии и лучевой диагностики лечебного факультета, г. Москва, Россия

Острая кишечная непроходимость (ОКН) давно заслужила славу тяжелого по течению и неблагоприятного по исходу заболевания. Туберкулез, как причина острой кишечной непроходимости большинством авторов и исследователей обходится стороной. По современным данным, на долю абдоминального туберкулеза приходится до 16% среди прочих его внелёгочных локализаций.

Цель исследования. Улучшение результатов диагностики и хирургического лечения больных с острой кишечной непроходимостью туберкулезной этиологии.

Материал и методы. Хирургическому лечению подвергнуто 56 пациентов с острой кишечной непроходимостью туберкулезной этиологии, мужчин - 44 (78,6%), женщин – 12 (21,4%), возраст больных колебался от 21 до 61 года, у всех пациентов диагностирован туберкулез легких и у 35 человек (62,5%) ВИЧ-инфекция в стадии 4В. Среди форм туберкулеза лёгких преобладали двусторонние процессы, самую многочисленную группу составили больные инфильтративным и диссеминированным туберкулезом легких - всего 35 человек (62,5%). У ВИЧ-инфицированных пациентов диагностирован туберкулез внутригрудных лимфатических узлов, нередко туберкулёзный процесс носил распространённый характер, включающий поражение лёгких, ЦНС, периферических лимфатических узлов. Исходя из непосредственной причины кишечной непроходимости, пациенты были разделены на 2 группы. В 1 группу вошли 38 (67,9%) пациентов со стенозирующими язвами терминального отдела подвздошной и правой половины толстой кишки, которым в зависимости от их локализации, степени местной распространенности туберкулезного процесса, выполняли резекцию поражённого отдела тонкой кишки и (или) правостороннюю гемиколэктомию. Операцию заканчивали наложением первичного двухрядного анастомоза, выполняли назоинтестинальную интубацию. Наложение первичного анастомоза выполнено у 32 (57,1%) пациентов, у 6 (10,7%) пациентов первичный анастомоз не накладывали, ввиду резкой дилатации петель кишки. Во 2 группу включено 18 (32,1%) пациентов, у которых кишечная непроходимость была вызвана слипчивым процессом из-за абсцедирующего туберкулезного мезаденита или первичного туберкулезного перитонита. На операции был выявлен спаечный процесс, представленный спайками и сращениями организующегося экссудата, в пользу туберкулезного генеза спаечного процесса свидетельствовали многочисленные милиарные высыпания на брюшине, большом сальнике, а также казеозный некроз мезентериальных лимфатических узлов. В данной группе пациентов, операция заключалась в разделении рыхлого конгломерата петель тонкой кишки, адгезиолизисе и тщательной санации брюшной полости.

Результаты и обсуждение. В первой группе пациентов в раннем послеоперационном периоде несостоятельности межкишечных анастомозов практически не наблюдалось. Течение послеоперационного периода в данной группе пациентов было относительно гладким, сроки выздоровления варьировали от 12 до 21 суток, летальных исходов было 2, связанных с прогрессированием туберкулеза лёгких. Во второй группе пациентов, с кишечной непроходимостью, вызванной слипчивым процессом в результате образования туберкулезного экссудата тщательное разделение слипчивого конгломерата выполнено в 6 случаях, что сопровождалось травматизацией серозного покрова тонкой

кишки, которые у 3 пациентов привели к развитию в раннем послеоперационном периоде перфораций и вторичного перитонита. Летальный исход на 3-7 сутки констатирован у 2 из этих пациентов на фоне нарастающей интоксикации, иммунодефицита и полиорганной дисфункции. В 6 случаях разделение конгломератов не проводилось ввиду технических трудностей и оперативное пособие ограничивалось декомпрессией начальных отделов тощей кишки, санацией и дренированием брюшной полости. Явления кишечной непроходимости разрешались консервативным путем, пассаж по кишечнику восстанавливался при явлениях стихания туберкулезного процесса. В этой группе больных летальный исход зарегистрирован у 2 пациентов на фоне прогрессирования ВИЧ – инфекции и туберкулеза на 3-4 сутки после операции. Резекция кишки в конгломерате сопровождалась техническими трудностями, связанными с выраженным инфильтративно-спаечным процессом, что в 2 наблюдениях приводило к развитию осложнений, связанных с перфорацией кишечной стенки в раннем послеоперационном периоде. Было 3 летальных исхода, связанных с прогрессированием туберкулеза лёгких.

Выводы. Острая кишечная непроходимость в результате стенозирования туберкулёзных язв кишечника развивается чаще у пациентов, приверженных лечению, на фоне адекватной противотуберкулезной химиотерапии. Острая кишечная непроходимость в результате адгезивного (слипчивого) туберкулёзного перитонита чаще развивается на фоне прогрессирования туберкулёза лёгких, особенно при иммунодефиците, отсутствия адекватной химиотерапии. Следует воздерживаться от разделения конгломерата и резекции кишечника в условиях активного воспалительного процесса ввиду высокого риска травматизации кишечника и последующих его перфораций.

2. Осложненные формы дивертикула Меккеля у взрослых

Щербатюк-Кондур К.А.¹, Гургиш Р.И.¹, Мишин И.В.^{1,2}
г. Кишинев, Молдова

¹Кафедра хирургии № 1 им. Н. Анестиади, Лаборатория гепато-панкреато-билиарной хирургии, Государственный Университет Медицины и Фармации им. Н. Тестемицану

²Институт Ургентной Медицины

Введение: дивертикул Меккеля (ДМ) является наиболее распространенной аномалией желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) и встречается в ≈2% случаев из общей популяции. Симптоматические ДМ у взрослых достаточно редкий феномен.

Цель исследования – изучить структуру осложнений, а также анатомические и морфологические характеристики ДМ у взрослых.

Материалы и методы: проанализирована база данных 21 пациента с ДМ, оперированных в клинике за период с 2012 по 2018 гг.

Результаты: осложнения ДМ наблюдались в 14 (66.7%) случаях, из которых женщин – 9(64.3%) и мужчин – 5(35.7%). Средний возраст пациентов в группе составил 49.6±5.5 лет (95% CI:37.67-61.62), данный показатель был выше у женщин, чем у мужчин и соответственно составил – 54.2±7.8 (95% CI:36.17-72.27) vs 41.4±7.8 (95% CI:25.56-57.24) (p>0.05). Структура осложнений ДМ: дивертикулит (n=9, 64.3%), перекрут ДМ (n=2, 14.2%), грыжа Littre (n=1, 7.1%), кровотечение в просвет ЖКТ (n=1) и тонкокишечная непроходимость (n=1). ДМ локализовался на дистанции 53.1±5.5 см (95% CI:41.15-65.01) от илеоцекального угла. В большинстве случаев выполнена клиновидная резекция тонкой кишки (n=13, 92.9%) и только в 1(7.1%) случае потребовалась сегментарная резекция тонкой кишки. Средняя длина ДМ составила 5.7±0.7 см (от 3 до 12), диаметр – 2.1±0.3 см (от 1 до 4.5) и отношение длина/ширина – 2.9±0.3 (от 1.3 до 5). Длинные ДМ (длина/ширина>2) наблюдались значительно чаще, чем короткие (длина/ширина <2) – 92.2% vs 7.1% (p<0.0001). При гистопатологическом исследовании в большинстве

случаев (n=13) слизистая ДМ представлена тонкокишечным эпителием и только в одном случае обнаружена эктопия ткани поджелудочной железы.

Выводы: в структуре осложнений ДМ у взрослых в 2/3 случаев наблюдались дивертикулиты. Длинные ДМ (длина/ширина >2) являются преобладающей анатомической характеристикой данной аномалии ЖКТ.

3. Опыт малоинвазивного лечения сложных свищевых форм хронического парапроктита

Цыганков П.В., Грошилин В.С., Швецов В.К., Мрыхин Г.А., Султанмурадов М.И.
Ростов-на-Дону

ФГБОУ ВО «Ростовский государственный медицинский университет» Минздрава
России

Актуальность: хронический парапроктит (свищевая форма) является одним из распространённых и часто встречающихся заболеваний в структуре колопроктологического стационара. По данным литературы у 25-30% больных выявляются сложные формы хронического парапроктита. Радикальным методом лечения больных с хроническим парапроктитом, полными свищами прямой кишки является исключительно оперативное вмешательство. Большое разнообразие способов оперативного лечения свидетельствует об неудовлетворенности хирургов результатами лечения сложных транс- и экстрасфинктерных ректальных свищей, а также об отсутствии унифицированных комплексных подходов к выбору метода операции, говорит о актуальности данной проблемы и по сегодняшнее время.

Целью данной работы явилось улучшение результатов оперативного лечения сложных форм хронического парапроктита, транс- и экстрасфинктерных, рецидивных ректальных свищей с использованием видеоассистированного метода лечения и оценка преимуществ в сравнении с традиционными методами хирургического лечения.

Материалы и методы: проведен анализ 230 пациентов с хроническим парапроктитом, трансфинктерными, экстрасфинктерными, в том числе рецидивными ректальными свищами, которым на базе хирургического отделения ФГБОУ ВО Ростовского Государственного Медицинского Университета в период с 2013 по 2019 годы было выполнено оперативное вмешательство. Из них 157 мужчин (68,2%) и 73 женщины (31,8%). Средний возраст мужчин составил, $32,4 \pm 6,9$ лет, средний возраст женщин $46,1 \pm 8,8$ года. Согласно исследованию, все пациенты были разделены на три группы. В первую (основную) группу были включены 56 пациентов (24,4%), которым было выполнено оперативное вмешательство согласно разработанной методики (патент РФ № 2674111) с применением фистулоскопии. Суть способа состоит в сочетанном использовании компонентов сегментарной проктопластики и модифицированной методики VAAFT. Вторую (первую контрольную) группу составили 89 (38,7%) больных, у которых нами применен метод внесфинктерного иссечения свища с ликвидацией внутреннего отверстия, ушиванием его культи в промежностной ране (в том числе, по методу Рыжих). Третья (вторая контрольная) группа состояла из 85 (36,9%) пациентов, прооперированных в объеме иссечения свища и сегментарной проктопластики (с перемещением П-образного слизисто-подслизистого или полнослойного П-образного лоскута прямой кишки и его фиксации в анальном канале).

Результаты: эффективность лечения пациентов с хроническим парапроктитом оценивали в раннем послеоперационном, а также на 30 и 90 сутки послеоперационного периода. Наилучшие результаты по основным показателям (послеоперационному койко-дню ($5,23 \pm 2,4$ в I группе, против $12,7 \pm 3,1$ дня во II (контрольной) группе и $13,21 \pm 4,0$ дней в III (контрольной) группе, срокам и динамике заживления ран, длительности аналгезии, продолжительности гипертермии, а также сроков нормализации лабораторных показателей) были достигнуты в основной группе прооперированных больных. Проведя анализ отдаленных результатов оперативного лечения в исследуемых группах, показано,

что общее число осложнений в I (основной) клинической группе составило 4 наблюдения (7,1%), во II (контрольной) группе 30 (33,7%), в III (контрольной) группе - 23 (27,0%). В ходе исследования отмечено, что применение предложенного метода лечения свищей с использованием фистулоскопии исключает обширные послеоперационные раны в перианальной области, что значительно уменьшает вероятность ее вторичного инфицирования, а также травматизацию сфинктеров. В этой связи фактически исключается возникновение недостаточности запирающего аппарата. Применение разработанного метода лечения свищей позволило снизить число послеоперационных осложнений. Наилучшие отдалённые результаты достигнуты среди пациентов I группы клинических наблюдений (92,5% – хорошие, 2,3% - удовлетворительные, 5,2 % - неудовлетворительные), по сравнению с результатами II группы (65,3% – хорошие, 15,7% - удовлетворительные, 19% - неудовлетворительные) и III группы (71,5% – хорошие, 14,8% - удовлетворительные, 13,7% - неудовлетворительные).

Выводы: применение модифицированной технологии VAAFT и методик фистулоскопии, позволяет достоверно снизить травматичность оперативного вмешательства, нивелировать риски развития значимой инконтиненции (особенно, у повторно оперированных пациентов при рецидивах свищей) и достоверно уменьшить вероятность ранних и поздних послеоперационных осложнений. Полученный клинический опыт и результаты сравнительного анализа с традиционными хирургическими методиками, позволяют рекомендовать разработанную хирургическую технологию в клиническую практику лечения пациентов с высокими полными и рецидивными экстрасфинктерными ректальными свищами, а также у пациентов с повышенным риском формирования послеоперационной инконтиненции.

4. Модифицированная методика пластики крестцово-копчиковой области как метод выбора в хирургическом лечении эпителиального копчикового хода

Мрыхин Г.А., Альникин А.Б., Грошилин В.С., Магомедова З.К., Герасимова Д.Г.
Ростов-на-Дону
ФГБОУ ВО «Ростовский государственный медицинский университет» Минздрава
России

Актуальность. Эпителиальный копчиковый ход является одним из наиболее распространенных колопроктологических заболеваний. Общая заболеваемость в популяции составляет 3-5%. Результаты лечения характеризуются высокой частотой рецидива, что, как правило, является следствием гнойно-септических осложнений в послеоперационном периоде и составляет порядка 11-40%, при этом следует отметить, что успешность хирургического лечения напрямую коррелирует с количеством ранее перенесенных оперативных вмешательств по поводу данной патологии. Учитывая тот факт, что хирургический метод является единственным радикальным способом лечения эпителиального копчикового хода, остается актуальным поиск новых оперативных техник и пластики крестцово-копчиковой области у пациентов с рецидивными копчиковыми ходами.

Цель: улучшить результаты хирургического лечения больных эпителиальными копчиковыми ходами путем разработки и внедрения эффективного оригинального хирургического способа, позволяющего после иссечения эпителиального копчикового хода произвести пластическое закрытие дефекта крестцово-копчиковой области

Материалы и методы: представленное исследование представляет собой проспективный анализ результатов лечения больных с осложненными и рецидивными эпителиальными копчиковыми ходами. Включение пациентов проводилось по принципу случай-отбор. Общий пул пациентов составил 104 случая, в их числе – 40(38,5%) с рецидивами после оперативного лечения. По половому признаку пациенты распределились следующим образом: мужчин – 82, женщин – 22. Возраст составлял от 18 до 60 лет, средний возраст – 27, 3 года. В I группе 32 больным (30,8%) проводилось

открытое ведение раны без эпителизации и заживлением через рубцевание. Во II исследуемой группе – 38 пациентам (36,5%) выполнено иссечение эпителиального копчикового хода с подшиванием краев раны ко дну, и в III группе – 34 пациентам (32,7%) – радикальное иссечение эпителиальных копчиковых ходов предложенным оригинальным методом (патент РФ на изобретение №2556617). Предложенный способ метод был клинически апробирован у пациентов в условиях отсутствия признаков острого гнойного процесса, в связи с чем пациентам всех групп проводилась дооперационная санация остаточных полостей и свищевых ходов растворами антисептиков.

Результаты исследования. В ходе исследования для оценки результатов нами оценивались следующие параметры: сроки заживления раны, выявление воспалительных изменений в ранние и отдаленные сроки после операции. В I контрольной группе диапазон длительности заживления ран составил от 10 до 30 дней в среднем $18,35 \pm 0,76$. Во II группе аналогичный показатель укладывался в временные рамки от 13 до 35 дней в среднем $28,67 \pm 0,93$. При этом, в III клинической группе заживление раны происходило преимущественно первичным натяжением в связи с чем сроки лечения не превышали 20 дней, в среднем $13,46 \pm 0,64$ дня. Рецидив заболевания в I группе в отдаленные сроки зарегистрирован у 3 пациентов, что составило 9,4%. Во II группе рецидивы отмечались у 11 пациентов, что составило 28,9%, столь высокий процент рецидива в данной группе больных можно объяснить повторным формированием свища за счет выраженных рубцовых изменений при заживлении вторичным натяжением. В III группе, при выполнении оригинальной методики, получено 3 рецидива, что составило 8,8%, причиной которого стала ретракция лоскутов на 5-6 сутки послеоперационного периода. Сроки пребывания пациентов в стационаре в III клинических составляли от 8 до 22 суток, в среднем в I группе – $12,3 \pm 0,62$ койко-дня, во II группе – $13,8 \pm 0,74$ койко-дня. Показатель среднего койко-дня в III группе клинических наблюдений составил $9,8 \pm 0,48$ суток при $p \leq 0,05$, что обусловлено эффективностью применения одномоментной пластики дефекта крестцово-копчиковой области после иссечения эпителиального копчикового хода.

Выводы: предложенный нами метод лечения является перспективным, поскольку отвечает требованиям оптимальной радикальности и позволяет одномоментно произвести закрытие обширного дефекта мягких тканей крестцово-копчиковой области, при этом, полученные непосредственные и отдаленные результаты лечения больных позволяют рекомендовать его к применению в клинической практике. Включение пластического компонента в алгоритм оперативной техники позволяет уменьшить сроки послеоперационного пребывания в стационаре и улучшить косметический результат за счет уменьшения натяжения тканей.

5. Коррекция железодефицитных состояний у пациентов с оперированным колоректальным раком, получающим химиотерапию

Костюченко Л.Н., Круглов А.Д., Марфутов В.В., Носкова К.К., Лычкова А.Э
Москва

Московский клинический научный центр им. А.С. Логинова

Актуальность. Химиотерапия (ХТ) в структуре лечения колоректального рака (КРР), как известно, значительно влияет на нутритивный статус пациента и связанный с ним баланс железа. Известно, что дефицит данного микроэлемента может проявляться в виде прелатентного, латентного и манифестированного дефицита. Предложены различные препараты для коррекции недостаточности железа. Однако, возможности использования феррумсодержащих составов нутритивного действия при различных формах железодефицитных состояний (ЖДС) в комплексном лечении пациентов с оперированным КРР, получающим ХТ, не уточнялись.

Цель работы – совершенствование адьювантной коррекции ЖДС и нутритивной недостаточности (НН) у больных с оперированным КРР, получающих ХТ.

Материал и методы. Из пациентов с КРР различных стадий (T1-2N0-1M0-1; T3-4N1-2M0-1) были выделены три группы: 1) пациенты, подлежащие хирургическому лечению, 2) получающие адьювантную и неоадьювантную химиотерапию и 3) находящиеся на паллиативном лечении. Для оценки НН использовали критерии алиментационно-волемического диагноза (АВД) и NRS-2002. Помимо стандартных методов использован метод биоимпедансометрии состава тела. Нутриционный риск (НР) оценивали по NRI. Потребности в пластическом и энергетическом компонентах определяли расчетным путём. Статобработку выполняли с использованием программы СТАТИСТИКА – 17.

Результаты и обсуждение. В первой и второй группах кахексия практически не встречалась, а НН выражалась в саркопении и нарушении соотношения тощей и жировой массы. Отмечалось перераспределение водных разделов, повышенное потребление энергии (ОРЭ/РЭП = 1,24 вместо 1,5), угнетение функционального резерва органов, лимитирующее усвоение питательных веществ. Пациенты, находившиеся на лечении в МКНЦ с КРР раком T2-T3NoM0 с белково-энергетической недостаточностью (БЭН) I степени, составили 53% от всех онкопациентов с КРР, БЭН II степени - 37,5% и лишь 9,4% имели III степень БЭН. I-ой и II группам пациентов удавалось корригировать ЖДС и удерживать алиментационно-волемический статус смесями нутритивного действия, содержащими железо, с учётом степени угнетения пищеварительно-транспортных процессов. Большинство же пациентов, нуждавшихся в нутритивной коррекции и наблюдавшихся нутрициологом, имели T3-T4 стадии с метастатическим или неметастатическим раком. При этом выявленная корреляция между стадией канцеропроцесса и тощей массой тела составила 0,07. У пациентов с высоким НР отмечалось также повышение уровня внеклеточной воды, угнетение функции печени, лимфопения. Отмечалась тенденция к развитию анемий лёгкой степени и тромбоцитозу. При раке ободочной кишки и ректосигмоидного соединения pT4N0 или pT4N+, а также с pT3N0M0 и негативным прогнозом и с учётом уровня микросателлитной нестабильности (MSI) у больных дополнительно возникали элементы интоксикации за счёт ХТ (тошнота, повышенный ЛИИ, некоторое повышение АСТ и АЛТ), повышенная потребность в белке, четко отслеживались проявления анемии. Этой группе пациентов целесообразно было дополнительно применять феррумсодержащие препараты преимущественно с сорбированным железом на специальной матрице (монофер, ферриджект и др.). Паллиативные пациенты (т.е. лица в терминальной стадии процесса) отличались развитием различных стадий кахектического процесса. Программа коррекции нутриционного статуса у них носила поддерживающий характер, но учитывала, тем не менее, параметры алиментационно-волемического диагноза.

Вывод. Диагностика НН не может быть проведена только по ИМТ и NPS-2002: необходимо оценивать состояние органов, лимитирующее усвоение питательных веществ, саркопению и состав тела. Реабилитационные программы нутриционной поддержки должны опираться на объективные характеристики нутритивного статуса, учитывать возможности усвоения нутриентов в различных отделах желудочно-кишечного тракта как фактор персонализированного подхода к энтеральной алиментации (особенно при применении FAST-TRACK технологии). Для различных групп пациентов (подлежащих только хирургической реабилитации, получающих химиотерапию, паллиативную нутриционную поддержку) целесообразно использовать различные персонализированные схемы алиментационной коррекции.

6. К вопросу об объеме хирургической помощи при кишечной непроходимости, обусловленной раком левого фланга толстой кишки

Бутырский А.Г.¹, Шерендак С.А.², Ретунская Ю.М.³
Симферополь

¹Медицинская академия имени С.И. Георгиевского ФГАОУ ВО КФУ имени В.И. Вернадского

²ГБУЗ РК «Крымский Республиканский Центр медицины катастроф и СМП»

Введение. Несмотря на достижения в диагностике и лечении, острая кишечная непроходимость (ОКН) является наиболее частым осложнением рака толстой кишки. По данным литературы, частота ее варьирует от 60 до 70 процентов. Основным методом лечения ОКН является хирургическое лечение, которое требует госпитализации в неотложную хирургическую клинику. Сформировалось 2 мнения по этой проблеме: операция типа Гартмана или цекостомия. Несмотря на имеющиеся рекомендации Российского общества хирургов, Российской ассоциации онкологов и Российской ассоциации колопроктологов по хирургическому лечению, вопрос о том, какой операцией следует ограничиться при раке левого фланга толстой кишки и осложнившей его кишечной непроходимости, остается открытым.

Цель исследования: определение оптимальной хирургической тактики лечения больных раком левого фланга ободочной кишки, осложнённым острой кишечной непроходимостью. Задачи: 1. Проанализировать непосредственные и отдаленные результаты различных видов операций при толстокишечной раковой непроходимости 2. Сделать рекомендации по объему оперативного вмешательства при толстокишечной раковой непроходимости.

Материал и методы. Был проведён ретроспективный анализ результатов лечения 106 больных, находившихся на лечении в отделении неотложной хирургии с 2014 по 2015 г. В исследование включались пациенты с выявленным нарушением кишечной проходимость вследствие рака левого фланга (селезеночный изгиб ободочной кишки и дистальнее). Исключались больные с IV клинической группой заболевания, пациенты старше 80 лет с тяжелой соматической патологией и больные с перитонитом, а также те, кто отказался участвовать в исследовании. 60 больным была выполнена операция типа Гартмана, 46 больным – цекостомия. Из 106 пациентов мужчин было 37 (34,9%) пациентов, женщин - 69 (65,1%). Медиана возраста составила у мужчин 64 года, у женщин 68 лет. В дальнейшем мы провели статистическое исследование с учетом судьбы пациентов путем анкетирования и выборки данных из Реестра онкобольных по данным ГБУЗ РК Республиканского онкодиспансера имени В.М. Ефетова.

Результаты. Основным методом лечения острой кишечной непроходимости являлось экстренное оперативное вмешательство после краткосрочной интенсивной предоперационной подготовки. Основной целью цекостомии являлось разрешение ОКН с минимизацией послеоперационных рисков. Главными принципами хирургического лечения при выполнении операции типа Гартмана являлись стремление к полной ликвидации непроходимости с одновременным радикальным удалением опухоли, декомпрессия толстой кишки и борьба с интоксикацией, что достоверно влияет на результаты лечения больных и дальнейший прогноз. Диссекция лимфоузлов выполнялась с учетом показаний и квалификации хирурга. Из 60 больных после операции типа Гартмана выписалась из стационара 52 пациента (умерли по разным причинам 8 человек – 13,3%), по истечению 3 лет живы 42 человека (умерли по разным причинам 10 человек – 19,2%); т.о. через 3-летнюю выживаемость составила 70%. Из 46 человек после наложения цекостомы из стационара выписались 42 человека (умерли по разным причинам 4 человека – 8,7%), до онкодиспансера для радикального лечения в разные сроки «дошли» 12 человек (28,6%), из них радикальная операция была выполнена 9 пациентам (75%), а 3 пациентам была выполнена эксплоративная лапаротомия (25%) из-за наличия множественных отдаленных метастазов. 4 человека прооперированы в иных лечебных учреждениях. По данным анкетирования, через 3 года из 46 человек живы 17. Т.о., 3-летняя выживаемость составила 37%, т.е. почти в 2 раза ниже, чем при радикальных операциях.

Выводы. При раке левой половины толстой кишки, осложнённом ОКН, показана одномоментная радикальная операция с использованием интраоперационной декомпрессии кишки и формированием колостомы.

7. Применение комбинированного способа малоинвазивного лечения хронического геморроя

Грошили В.С., Швецов В.К., Мрыхин Г.А, Узунян Л.В.
Ростов-на-Дону

ФГБОУ ВО «Ростовский государственный медицинский университет» Минздрава
России

Актуальность: в последние годы в мировой практике все более широкое распространение получают малоинвазивные методы лечения хронического геморроя. В России наиболее распространенным способом лечения по-прежнему остается геморроидэктомия, выполняемая у 75-79% оперируемых пациентов, а малоинвазивные способы применяют лишь у 15%, однако, нуждаются в проведении радикальной операции всего лишь 20%. Наличие стабильно высокого показателя послеоперационных осложнений и необходимость сокращения сроков реабилитации больных послужили поводом для дальнейшего поиска колопроктологами альтернативных методов, а также совершенствования известных способов лечения геморроя.

Целью данной работы явилось улучшение результатов лечения больных с хроническим геморроем II-III стадии за счет разработки комбинированного способа малоинвазивного хирургического лечения, а также внедрения индивидуального подхода и обоснования показаний к применению способов малоинвазивного лечения.

Материалы и методы: в сравнительное клиническое исследование включено 190 пациентов с диагнозом: хронический комбинированный геморрой II-III стадии, находившихся на обследовании и лечении в клинике ФГБОУ ВО «Ростовский государственный медицинский университет» МЗ РФ и ГАУ РО «Областной консультативно-диагностический центр» в период 2013-2018 гг. Критериями включения являлись пациенты не моложе 18 лет, поступившие в хирургические отделения с клиническими и лабораторно-инструментальными признаками хронического геморроя II-III стадии. В зависимости от выполненного способа малоинвазивного лечения, все пациенты, включенные в исследование, были разделены на 3 группы: в первую включено 40 пациентов, которым выполнено склерозирование геморроидальных узлов в сочетании с ультразвуковой кавитацией аппаратом "Проксон", во вторую – 85 пациентов, которым выполнена дезартеризация внутренних геморроидальных узлов, в третью - 65 пациентов, которым выполнена дезартеризация геморроидальных узлов в сочетании с ультразвуковой кавитацией со склерозированием с использованием хирургического комплекса «Проксон» по оригинальной запатентованной методике. Контрольный осмотр с мониторингом состояния больных и оценкой локального статуса в зоне проведенного вмешательства производился на 1, 3, 7, 30 сутки и спустя 6 месяцев после операции.

Результаты: среднее время оперативного вмешательства в первой группе составило $15,7 \pm 2,0$ минуты, во второй - $21,3 \pm 2,7$ минуты, а в третьей - $24,9 \pm 2,1$ минуты. При этом, разница в продолжительности операций между всеми группами попарно статистически значимо отличается ($p < 0,05$). Наибольшая интенсивность болевого синдрома во всех группах наблюдалась в течение первых 7 суток, после чего значительно снижалась. При этом наибольшая ее интенсивность наблюдалась во второй группе, а наименьшая - в первой. В третьей группе интенсивность болевого синдрома была в среднем на 1,6 ед ниже, чем во второй и на 0,5-0,9 ед выше, чем в первой группе (разница этих показателей статистически значима, $p < 0,05$). Послеоперационные осложнения возникли у 2 пациентов первой группы (5,0%), 6 - второй группы (7,0%) и у 4 пациентов третьей группы клинических наблюдений (6,1%). Наименьший удельный вес осложнений – в первой группе -5%, чуть больший - в третьей и наибольший удельный вес - во второй группе -7%, однако, разница этих показателей статистически не значима ($p > 0,05$). К 6

месяцам после операции жалобы на кровотечение сохранялись у 12,1% пациентов первой группы, 17,5% - второй группы и 4,1% пациентов третьей группы. При этом, разница в показателях между первой и третьей и третьей и второй группами была статистически значима ($p < 0,05$). При рассмотрении отдаленных результатов лечения в срок 6 месяцев, 4 пациентам (10,0%) из первой группы и 6 пациентам (7,1%) второй группы ввиду сохранения жалоб потребовалась геморроидэктомия, в третьей группе потребности в геморроидэктомии не возникло. Разница этих показателей статистически значима ($p < 0,05$). Представленные результаты убедительно наглядно демонстрируют преимущества разработанного способа и свидетельствуют о высокой его эффективности и безопасности при относительной простоте выполнения и определения показаний к применению.

Выводы: применение разработанного способа малоинвазивного лечения геморроя, включающего дезартеризацию геморроидальных узлов в сочетании со склерозированием и УЗ-кавитацией (для чего использован аппарат УЗ-склерозирования "Проксон") имеет высокую клиническую эффективность у пациентов с хроническим геморроем II-III стадии. Использование методики показано и наиболее эффективно при наличии выраженного выпадения увеличенных (размерами более 2x2,5см) геморроидальных узлов и кровотечения.

8. Кокцигодия, принципы диагностики и лечения

Татьянченко В.К., Богданов В.Л., Сухая Ю.В., Красенков Ю.В., Гагарина Я.С.
Ростов-на-Дону

ФГБОУ ВО «Ростовский государственный медицинский университет» Минздрава
России

Цель работы. Разработка диагностического алгоритма для выявления больных с нейродистрофической кокцигодией при болевом синдроме тазового дна и обоснование выбора способа её лечения.

Материал и методы. В основу клинического раздела работы положен анализ 48 больных с миофасциальным болевым синдромом тазового дна (МФБСТД). Возраст больных колебался от 21 года до 70 лет. Лица моложе 35 лет составили 16,7%. При поступлении в стационар давность заболевания до 1 года была у 12,5% больных, от 1 до 2 лет - у 16,7% больных, от 2 до 3 лет - у 41,7% больных и свыше 3-х лет - у 29,1% больных. При этом у 26 больных (54,2%) МФБСТД имел вертеброгенный характер происхождения (остеохондроз), а у 22 больных (45,8%) она возникла после перенесенных воспалительных процессов органов малого таза и промежности: парапроктит (8 больных), анальная трещина (3 больных), параметрит (6 больных) и простатит (5 больных). Для выявления степени тяжести течения нейродистрофической кокцигодии были использованы следующие методы: пальцевое исследование прямой кишки и мышц тазового дна, рентгенография пояснично-крестцового отдела позвоночника, электромиография (ЭМГ), определение перекисного окисления липидов (ПОЛ), измерение тканевого давления (ТД).

Результаты исследования. Установлено, что для больных с нейродистрофической кокцигодией ведущим симптомом является боль. По характеру она была чаще (75%) тупой и ноющей. По интенсивности боль была в основном умеренной (60%) и реже сильной и очень сильной (соответственно 22% и 18%). Локализуется боль чаще всего в области промежности с иррадиацией в область анального канала и прямой кишки (72%). Важным диагностическим признаком является то, что боли при нейродистрофической кокцигодии усиливаются у 52% больных в сидячем положении, реже при ходьбе, акте дефекации или развороте туловища (соответственно 18%, 14% и 16%). Определенное значение в диагностике нейродистрофической кокцигодии имеет обнаружение местной болезненности при надавливании или поколачивании паравертебрально, или в

области седалищного бугра. При этом у 88,5% больных имелось поражение каудальных сегментов L5S1, а у 3 больных (11,5%) L3-4. При изучении ПОЛ у больных нейродистрофической кокцигодией отмечено снижение функциональной активности системы антиоксидантной защиты и интенсификации триггерного механизма процессов перекисидации липидов. Установлено, что развитие нейродистрофической кокцигодии протекает при повышенном тканевом давлении. При этом степень повышения тканевого давления зависела как от характера строения фасциального футляра мышц тазового дна, так и от длительности заболевания. Так, в динамике развития нейродистрофической кокцигодии отмечается больший подъем тканевого давления в фасциальном футляре внутренней запирательной мышцы (до 30 мм рт. ст.), чем в области фасциального футляра мышцы, поднимающей задний проход (10-20 мм рт.ст.). Результаты ЭМГ исследования мышц тазового дна при нейродистрофической кокцигодии показали, что у больных с давностью заболевания свыше 3 лет, в мышце, поднимающей задний проход, на фоне сформировавшегося гипертонуса (болезненного миофасциального триггера) доминирующим становится режим её изотонического сокращения, при котором рефлекторное сокращение мышцы практически отсутствует. На основании полученных клиничко-лабораторных и инструментальных данных обследования больных с МФБСТД, мы разработали индексную оценку тяжести течения нейродистрофической кокцигодии, которая выглядит следующим образом: - до 13 баллов - легкая степень; - 14-21 балл - средняя степень; - свыше 22 баллов - тяжелая степень. У обследованных нами больных легкая степень была выявлена у 16 (33.4%), средняя у 22 (45,8%) и тяжелая у 10 больных (20,8%).

Заключение. Всем пациентам с МФБСТД дна проводилась консервативная терапия. Однако у больных со средней и тяжелой степенью тяжести нейродистрофической кокцигодии эффективность её была невысокой. В связи с этим, у 16 из 48 больных со средней и тяжелой степенью тяжести течения заболевания по индивидуальной шкале была выполнена операция - декомпрессия полового нерва в седалищно-прямокишечной ямке с использованием силиконового микропротектора.

9. Опыт лечения геморроидальной болезни с использованием лазера в амбулаторных условиях

Коршунов К.А.
Москва
Клиника Интермед

Геморрой в настоящее время является широко распространённым заболеванием, поражая до 27 % населения развитых стран. Применение геморроидэктомии часто требует госпитализации пациента в стационар, что кроме объективных факторов риска возрастания возможных осложнений увеличивает и общие расходы на лечение пациентов. Сейчас всё большее распространение получают методики лечения, подходящие для использования в амбулаторных условиях.

Нами с марта 2018 г. по май 2019 г. 120 пациентам (73 женщины и 47 мужчины, средний возраст 42 года) было проведено лечение геморроя методом трансмукозной лазерной деструкции геморроидальных узлов. 35 оперативных вмешательств выполнено с использованием регионарной анестезии (перианальная блокада) 20.0-30.0 мл ультракаин д-с 40мг+5мкг/1 мл, а 85 - с использованием комбинированной анестезии (внутривенная седация р-ром пропофола и перианальная блокада). Все оперативные вмешательства были выполнены в условиях стационара кратковременного пребывания.

Из числа оперированных пациентов у 73 была диагностирована 2-я, а у 47 3-я стадия геморроя. Среднее время проведения оперативного вмешательства составило 40 минут. Срок нахождения в палате послеоперационного наблюдения составлял 240 минут. 93 пациентам была выполнена трансмукозная лазерная деструкция геморроидальных узлов

(Операция LHP), с использованием лазера Biolitec ceralas e 15 с длиной волны 1470 н.м в импульсном режиме. Мощность 8 Вт, длина импульса 3 секунды, количество импульсов от 3 до 6 на один узел. Использовался радиальный тип световода. У 27 пациентов операция дополнена выполнением мукопексии. Контрольный осмотр пациентов проводился на 2, 14 и 35-е сутки после операции. Значимых послеоперационных осложнений не отмечалось. В послеоперационном периоде у 16 пациентов развились явления тромбоза 1 или 2 наружных геморроидальных узлов, которые были разрешены с применением консервативной терапии. В одном случае отмечалось появление подслизистой гематомы опорожнившейся в просвет кишки при контрольном осмотре. Средний срок нетрудоспособности составил 5 дней. Срок послеоперационного наблюдения - от 2 до 12 месяцев. У 8 пациентов при контрольных осмотрах выявлено наличие пролапса слизистой, из них у 4 с клиническими проявлениями, что послужило причиной к проведению лигирования латексными кольцами в 4 случаях.

Показано, что трансмукозная лазерная деструкция геморроидальных узлов (Операция LHP) является эффективным и обеспечивающим раннюю реабилитацию пациента методом лечения геморроя на разных стадиях процесса. Представленная операция может достаточно эффективно и безопасно применяться в условиях стационара кратковременного пребывания.

10. О диагностической ценности соотношения нейтрофилов к лимфоцитам при осложненных формах дивертикулита

Гринцов А.Г., Матийцев А.Б., Пилюгин Г.Г., Луценко Ю.Г., Андриенко И.Б.
Донецк, ДНР

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького»

Проблемы диагностики и лечения дивертикулита левой половины ободочной кишки являются актуальной в настоящее время. Большинство людей с дивертикулезом толстой кишки не имеют клинических проявлений, причем у 25% больных в конечном итоге определяется симптоматическая дивертикулярная болезнь, а у 5% - осложненная форма острого дивертикулита. Хорошо известно, что гематологическими и биохимическими предикторами тяжелого воспаления являются С-реактивный белок, количество лейкоцитов и соотношение тромбоцитов к лимфоцитам. Количество лейкоцитов является недорогим и хорошим индикатором воспаления, но, к сожалению, не может оценить клиническую тяжесть заболевания. Подтипы лейкоцитов следуют за различными воспалительными реакциями организма. Недавно нейтрофилия и относительная лимфопения были предложены в качестве предикторов смертности у пациентов с сердечной недостаточностью, но также могут быть успешными показателями при определении между простым и тяжелым острым панкреатитом. Соотношение нейтрофилов к лимфоцитам (СНЛ) является новым биомаркером, который недавно был изучен и используется в качестве прогностического индекса при различных заболеваниях. Последний рассчитывается путем деления абсолютного количества нейтрофилов на количество лимфоцитов в общем анализе крови, и является просто измеряемым и воспроизводимым биомаркером, используемым для оценки системного воспаления.

Цель: оценить прогностическое значение соотношения нейтрофилов к лимфоцитам при осложненных формах острого дивертикулита.

Материалы и методы. Под наблюдением находились 42 больных, поступивших в отделение по поводу осложненной формы дивертикулярной болезни. Всем больным проводилась компьютерная томография (КТ), в случае необходимости последняя дополнялась контрастированием. Больным выполнялись общеклинические и биохимические анализы крови, на основании которых рассчитывалось при поступлении

и в динамике СНЛ. В зависимости от величины данного показателя больные были разделены на 3 группы. В I группе – 19 больных СНЛ не превышал 5,2, во II группе – 17 больных был более 5,2, но не менее 7,1, в III – 6 пациентов превышал 7,1.

Результаты и обсуждения. Проведен ретроспективный анализ обследования лечения 42 больных, госпитализированных в хирургическое отделение по поводу осложненной формы дивертикулита левой половины ободочной кишки. Средний возраст больных составил $62,2 \pm 11,2$ года. По полу пациенты распределились следующим образом: женщины 28 (66,67%), а мужчины 14 (33,33%). Следует отметить, что ИМТ у 37 (88,11%) был более 30. При поступлении 33 (78,57%) больных предъявляли жалобы на неспецифические незначительных боли в левой половине живота по ходу ободочной кишки, причем последние не сопровождались повышением температуры у 19 (45,21%) больных, у 17 (40,48%) имел место субфебрилитет, а у 6 (14,29%) отмечалось повышение температуры до $38,5^{\circ}\text{C}$, а при пальпации в левой половине живота отмечался инфильтрат. Время от момента заболевания до поступления в стационар в среднем составило от 1,5 до 4,6 суток. Следует отметить, что только лишь 9 (21,43%) больных обратились за медицинской помощью первый раз по поводу вышеописанных жалоб, тогда как большинство пациентов в среднем госпитализированы $3,2 \pm 1,8$ раза. В I группе по данным КТ размеры инфильтрата не превышали 4 см в диаметре, во II – размеры колебались от 4 до 6 см в диаметре, в III – более 6 см. У 4 пациентов III группы при поступлении имели место признаки разлитого перитонита, а по данным КТ были параколические инфильтраты с полостями, содержащими газ, что в дальнейшем и явилось показанием к оперативному лечению. Вместе с тем, 2 больным этой же группы проводилась интенсивная антибиотикотерапия, однако отсутствовала положительная динамика, и появились признаки местного перитонита, что также явилось показанием к оперативному вмешательству. Несмотря на проводимое лечение у 9 больных II группы отмечался рост СНЛ, причем клинически только лишь через 48 часов у 5 больных появились признаки местного перитонита, а у 4 – при повторной КТ имел место параколический инфильтрат с полостью содержащей газ, и больные были прооперированы. Всем больным III группы была выполнена резекция пораженного участка толстой кишки с формированием колостомы. Тогда как больным II группы выполнялась резекция ободочной кишки с наложением анастомоза. Послеоперационный период протекал гладко у всех больных.

Выводы. Проведенные исследования свидетельствуют, что соотношение нейтрофилов к лимфоцитам может быть использовано с целью прогнозирования и исхода воспалительного процесса у пациентов с осложненной формой острого дивертикулита. Пациентов с параколическим инфильтратом и величиной данного показателя более 5,2, но не выше 7,1 необходимо отнести в группу риска.

11. Пути повышения эффективности лечения больных с перфорацией опухоли толстой кишки

Пилюгин Г.Г., Ахрамеев В.Б., Матийцев А.Б., Христуленко А.А., Гринцов Г.А.
Донецк ДНР

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет им. М.Горького»

Актуальность. В последнее время рак левой половины ободочной кишки занимает ведущее место среди причин смерти у онкологических больных. Литературные данные свидетельствуют, что от 11% до 48 % случаев обращаемости за urgentной хирургической помощью приходится на онкологических больных, причем в половине случаев имеет место перитонит, обусловленный перфорацией опухоли ободочной кишки. Следует отметить, что смертность у пациентов с колоректальным раком, оперированных в связи с перфорацией опухоли колеблется от 18 до 65 %. Проблема лечения перитонитов, обусловленных перфорацией опухоли толстой кишки, у лиц пожилого и старческого

возраста, несмотря на множества методов детоксикации остается актуальной до настоящего времени.

Цель. Изучить эффективность программированной лапароскопии у больных с перфорацией опухоли толстой кишки.

Материалы и методы. Под наблюдением находились 68 больных с признаками перитонита, обусловленного перфорацией опухоли толстой кишки. Все больные были разделанные на 2 группы, которые сопоставимы по полу, возрасту, тяжести общего состоянию и времени от момента предполагаемой перфорации. В I группе – 32 больных, проводили наряду с плазмоферезом и лимфособцией перитонеальный диализ, во II – 36 больных, наряду с активными методами детоксикации проводили программированную лапароскопию.

Результаты и их обсуждения. Ретроспективный анализ лечения 68 больных, поступивших в экстренном порядке с признаками перитонита, обусловленного перфорацией опухоли ободочной кишки, установил следующее. При поступлении у большинства больных обеих групп имели место признаки гиповолемии, выраженной интоксикации, снижение показателей артериального давления, тахикардия и тахипноэ. Возраст больных колебался от 62 до 89 лет. От момента перфорации до поступления в стационар прошло от 3 до 72 часов. После обследования и предварительной предоперационной подготовке всем больным выполнена лапаротомия с одним из видов колостомий (операция Гартмана, операция Микулича, разгрузочная колостома). В нашем исследовании частота резекции участка кишки, пораженного опухолью, составила в I группе – 25 (78,13%), а во II – 28 (77,78%). Вместе с тем, в последнее время остается дискуссионным вопрос, посвященный объему оперативного вмешательства при генерализованном перитоните. В литературе наблюдается растущая тенденция к первичной реконструктивной хирургии при данной патологии, даже на фоне генерализованного перитонита. В своей работе мы придерживаемся более классическому подходу: резекция пораженного участка (технически выполнимая) и формирование колостомы. Ряд публикаций свидетельствуют, что, несмотря на сложные условия операции и высокую степень развития колоректального рака частота резекции ободочной кишки среди пациентов, перенесших срочную операцию, остается высокой (60-81%). Вместе с тем, обращает на себе внимание тот факт, что во время оказания неотложной помощи хирург сталкивается с трудной диагностической клинической ситуацией и, не смотря на отсутствие точных исследований визуализации, решает выполнить радикальную операцию. Следует отметить, что при выполнении данного объема операции не всегда удается удалить необходимое количество лимфатических узлов. В I группе на фоне проводимой терапии при прогрессировании признаков перитонита 19 больным выполнена релапаротомия, тогда как II группе всем больным выполнялись программированные лапароскопии через 24, 48 или 72 часа, причем у 22 больных выполнено от 2х до 4х лапароскопий. При анализе частоты генерализованного перитонита последняя была выше, чем локализованного (54 пациента к 14). В I группе умерло 10 (31,25%) больных, тогда как во II – 7 (19,44%). Следует отметить, что 8 из 17 пациентов умерли в раннем послеоперационном периоде (с 1 по 5 день), у которых во время лапароскопии были обнаружены метастазы в печени. Высокий процент послеоперационной летальности в обеих группах обусловлен, по-видимому, поздним обращением за медицинской помощью (более 36 часов от момента заболевания). Следует обратить внимание, что у всех больных обеих групп данное заболевание протекало на фоне выраженной сердечно-сосудистой и легочной патологии, что в дальнейшем привело в ближайшем послеоперационном периоде к развитию полиорганной недостаточности. Программированная лапароскопия позволяет проводить не только полную санацию брюшной полости, но и визуально оценить динамику гнойного процесса. Тогда как об эффективности использования перитонеального диализа в комплексное лечение данной патологии можно судить лишь по клиническим и биохимическим показателям.

Выводы. Управляемая лапаростомия в комплексном лечении перитонита, вызванного перфорацией опухоли толстой кишки эффективна и целесообразна, что позволяет снизить смертность с 31,25 % до 19,44% при данной патологии.

12. Оценка частоты встречаемости ассоциированных с язвенным колитом и болезнью Крона различных видов опухолей толстой кишки

Борота А.В., Седаков И.Е., Полуниин Г.Е., Борота А.А., Танасов И.А., Гюльмамедов В.А.

Донецк

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького, ДНР

Актуальность: язвенный колит (ЯК) и болезнь Крона (БК) вместе составляют вид кишечной патологии, известной как неспецифические воспалительные заболевания толстой кишки (НВЗТК), с неизвестной этиологией. Если 20-30 лет тому назад ЯК относили к редким заболеваниям, а БК к экзотическим, то в последние годы из-за своей распространенности многие авторы называют их болезнями цивилизации. Цель работы: оценить частоту встречаемости ассоциированных с ЯК и БК различных видов опухолей толстой кишки (ТК).

Материалы и методы: проанализированы результаты лечения 1020 больных: 690 (67,6±1,5%) с ЯК и 330 (32,4±1,5%) с БК за 30 лет. У всех пациентов диагноз подтвержден морфологически.

Результаты и обсуждение: рак толстой кишки (РТК) наблюдали у 46 (4,5±0,6%) от общего числа пациентов: 33 (4,8±0,8%) в группе с ЯК и 13 (3,9±1,1%) в группе с БК ($p>0,05$). Воспалительные псевдоопухоли (ВПО) – у 44 пациентов: 13 (29,5±6,9%) в группе с ЯК и 31 (70,5±6,9%) в группе с БК ($p<0,01$). Полипоз толстой кишки (ПТК) – у 35 пациентов: 27 (77,1±7,1%) в группе с ЯК и 8 (22,9±7,1%) в группе с БК ($p>0,05$). В зависимости от времени диагностики различных видов опухолей время наблюдения разделено на равные 3 периода: по 10 лет. В 1-м периоде выявлено 16 (12,8±3,0%), во 2-м – 25 (20,0±3,6%), в 3-м – 84 (67,2±4,2%) от общего количества случаев заболевания. В группе с РТК в 1-м периоде выявлено 2 (4,3±3,0%), во 2-м – 10 (21,7±6,1%), в 3-м – 34 (73,9±6,5%) случаев заболевания. В группе с ВПО в 1-м периоде выявлено 6 (13,6±5,2%), во 2-м – 11 (25,0±6,5%), в 3-м – 27 (61,4±7,3%) случаев заболевания. Из 35 случаев ПТК в 1-м периоде выявлены у 8 (22,9±7,1%), во 2-м у 4 (11,4±5,4%), в 3-м – у 23 (65,7±8,0%) пациентов.

Выводы: таким образом, с учетом общей тенденции роста заболеваемости и распространенности во всем мире ЯК и БК, количество ассоциированных с этими заболеваниями различных видов опухолей ТК увеличилось, по нашим данным, в 5,3 раза, в том числе: РТК в 17 раз, ВПО – в 4,5 раза, ПТК – в 2,9 раза. Лица трудоспособного возраста составляют 73,5%.

13. Острая кишечная непроходимость, вызванная колоректальным раком у лиц пожилого и старческого возраста

Абдуллаев М.Р.

Махачкала

ФГБОУ ВО "Дагестанский государственный медицинский университет" Минздрава России

Актуальность проблемы. ОКН, вызванная КРР у лиц пожилого и старческого возраста - часто встречающаяся, тяжёлая по течению и исходам лечения патология. Актуальность её возрастает в связи с увеличением заболеваемости КРР, особенно в пожилом и старческом возрасте, высокой послеоперационной летальностью. При ОКН на почве КРР на фоне раковой интоксикации нарушается кровообращение в

обтурированной и приводящей кишечных петель вследствие их растяжения застойным токсическим кишечным содержимым и газами. Нарушения микроциркуляции в кишечнике, прекращение кишечного пассажа приводят к некротическим изменениям кишечника, тяжёлой энтерогенной интоксикации, нарушениям гомеостаза и метаболизма. Некротические изменения в кишечнике прогрессируют, кишка подвергается перфорации, развивается перитонит, ПОН.

Цель исследования: оптимизация диагностики и лечения ОКН на почве КРР у лиц пожилого и старческого возраста.

Материал и методы. Анализированы 3274 больных ОКН, лечившихся в клинике хирургических болезней педиатрического, стоматологического и медико-профилактического факультетов ДГМУ на базе ГБУ РД «Городская клиническая больница №1» г. Махачкалы.

Результаты исследования и обсуждение. Среди 3274 больных ОКН, у 968 (29,6%) - обтурационная ОКН, из них у 605 (62,5 %) - на почве КРР, в т. ч. у 202 (33,4 %) больных пожилого и старческого возраста (60 лет и старше). Женщин - 55,3%, мужчин - 44,7%. Локализация опухолей, вызвавших ОКН: слепая кишка - 19, восходящая ободочная кишка - 5, печёночный угол - 15, поперечная ободочная кишка - 13, селезёночный угол - 10, нисходящая ободочная кишка - 16, сигмовидная кишка - 65, прямая кишка - 59. Из 146 пожилых больных ОКН на почве рака толстой кишки, у 91 (62,3%) - опухоль левой половины, у 39 (26,7%) - правой половины, у 16 (11%) - поперечной ободочной кишки. У 89% - аденокарцинома, у 11% - другие формы рака. Из 180 оперированных установлены 2-я стадия опухоли - у 33 (18,3%), 3-я стадия - у 74 (41,1%), 4-я стадия - у 73 (40,6%). Развитие ОКН зависело от локализации и размеров опухоли, характера роста, степени распространения по окружности. Циркулярные опухоли сигмовидной кишки рано проявлялись ОКН. Инородные тела, копролиты, воспалительный отёк кишки в зоне опухоли способствовали полной ОКН. Тяжесть состояния больных ОКН при КРР обусловлена сочетанием двух заболеваний, которые приводят к тяжёлым изменениям в организме. Метаболические и патоморфологические нарушения, вызванные ОКН, становились ведущими в оценке состояния больного. У больных старше 60 лет ОКН сопровождается тяжёлыми сопутствующими заболеваниями (артериосклероз, ИБС, ХОБЛ, пиелонефрит, сахарный диабет и т.д.), что ухудшает течение и прогноз. Частота симптомов ОКН на почве КРР: схваткообразные боли в животе - 97,5%, вздутие живота - 94,4%, задержка стула и газов - 89%, тошнота и рвота - 85,2%, асимметрия живота, симптом Валя, чаши Клойбера - 75,3%, усиленная перистальтика, видимая на глаз, пальпируемая опухоль, болезненность и напряжение брюшной стенки - 67,5%, симптомы Склярлова - 65,4%, Щёткина-Блюмберга - 62,9%, Грекова - 59%, Цеге-Мантейфеля - 42,4%. Характер болей при толстокишечной непроходимости зависел от состояния илеоцекальной заслонки. При полноценном клапане закрытая с двух сторон петля толстой кишки растягивается вследствие повышенного давления в ней, приводит к постоянным болям. При неполноценной заслонке содержимое толстой кишки забрасывается в тонкую, присоединяется тонкокишечная непроходимость. У 82,2% наблюдалась полная ОКН, у 17,8% - частичная. У больных старших возрастов опухолевая ОКН развивается скрыто, они поступали в запущенной стадии. Боли сопровождались рвотой, задержкой стула и газов. В первые часы после появления болей наблюдался скудный стул, не приносящий облегчения. ОКН на почве рака прямой кишки развивалась на фоне запоров, кровянисто-слизистых выделений из прямой кишки. Для диагностики ОКН на почве КРР использовались общепринятые методы, начиная с пальцевого исследования прямой кишки до МРТ. Из 605 больных с опухолевой ОКН оперированы 467 (77,2%). Не оперированы 138 (22,8%) - ввиду иноперабельности, старческого возраста с тяжёлыми сопутствующими заболеваниями, отказа больных и их родных от операции. У 54,4% выполнены паллиативные вмешательства (обходные анастомозы, колостомия без резекции поражённой кишки) с послеоперационной летальностью 10,2%. Паллиативные операции выполнялись как вынужденные пособия при иноперабельном КРР или же как 1-й этап при ОКН на почве операбельной опухоли. У

45,6% - радикальные операции. При радикальных операциях с одномоментным анастомозом послеоперационная летальность - 18, 2%, без одномоментного восстановления непрерывности кишечника-21,4%.

Выводы. ОКН, вызванная КРР у лиц пожилого и старческого возраста - часто встречающаяся, тяжёлая по течению и исходам лечения патология. Актуальность её возрастает в связи с увеличением заболеваемости КРР в пожилом и старческом возрасте, высокой послеоперационной летальностью. Необходимы дальнейшие исследования по оптимизации диагностики и лечения этой категории больных.

14. Реконструктивно-пластическая хирургия осложнённых форм язвенного колита

Борота А.В., Борота А.А., Кухто А.П., Полунин Г.Е., Базиян-Кухто Н.К.
Донецк

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького»

Актуальность: в мировом хирургическом сообществе проблема язвенного колита не является окончательно решенной и стандартизированной. Колопроктэктомия с формированием J-образного илеального резервуара, илео-поуч-ректального анастомоза и протективной илеостомией есть стандартом реконструктивно-пластических операций при осложнённых формах. Однако, проявления культи в свете резидуального язвенного колита в отдалённом послеоперационном периоде доставляет немало проблем как пациентам, так и хирургам. Вместе с тем, не существует протоколов, регламентирующих этапность хирургического лечения язвенного колита. Кроме того, в современной литературе всё больше внимания уделяется лапароскопическим технологиям в колоректальной хирургии, однако, при язвенном колите данные о таком виде вмешательства крайне скудны.

Материалы и методы: в клинике общей хирургии №1 ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького» на базе проктологического отделения Донецкого клинического территориального медицинского объединения за период с 2012 по июнь 2019 года по поводу осложнённых форм язвенного колита оперированы 75 пациентов. В 43 случаях из 75 произведено одноэтапное реконструктивное хирургическое вмешательство (колпроктэктомия с формированием J-образного илеального резервуара, илео-поуч-ректального анастомоза и протективной илеостомией). Следует отметить, что в 6 случаях выполнена лапароскопически-ассистированная колпроктэктомия с экстракорпоральным формированием илеального резервуара. В остальных случаях операция выполнена в 2 и более этапов. В 24 случаях из 75 для снижения риска культи, как резидуального язвенного колита в послеоперационном периоде, выполнена колпроктэктомия с формированием J-образного илеального резервуара, илео-поуч-ректального анастомоза, высокочастотной электротермической мукоэктомией культи прямой кишки и протективной илеостомией. В остальных случаях, как стандартный вариант, слизистая культи прямой кишки удалена не была. Согласно разработанной в клинике программе динамического послеоперационного наблюдения пациентам регулярно выполняли обследования: ректорезервуароскопию с биопсией культи прямой кишки и илеального резервуара для морфологического исследования; резервуарографию; СКТ с виртуальной ректорезервуароскопией; МРТ; анкетирование опросниками качества жизни.

Полученные результаты: статистически значимой разницы в количестве и структуре послеоперационных осложнений у пациентов в зависимости от типа реконструктивно-пластического хирургического вмешательства (открыто или лапароскопически-ассистированно, а также традиционно или с высокочастотной электротермической мукоэктомией культи прямой кишки) выявлено не было. Функциональные результаты (кратность стула, функция держания анального сфинктера) при выполнении лапароскопически-ассистированной и открытой реконструктивно-

пластической операции, а также с высокочастотной электротермической мукозэктомией культи прямой кишки и без неё статистически не различались. В отдалённом послеоперационном периоде эпизодов культи у пациентов в группе с высокочастотной электротермической мукозэктомией культи прямой кишки отмечено не было.

Выводы: при осложненном течении язвенного колита выполнение лапароскопически–ассистированного одноэтапного реконструктивно-пластического хирургического вмешательства является возможным и целесообразным. Высокочастотная электротермическая мукозэктомия культи прямой кишки в комплексе реконструктивно-пластического хирургического лечения осложненных форм язвенного колита позволяет снизить риск культи в послеоперационном периоде.

15. Изменения внутрибрюшного давления на фоне декомпрессионной терапии у больных раком толстой кишки, осложненным острой непроходимостью

Тотиков З.В., Тотиков В.З., Гадаев Ш.Ш., Магомадов Э.А., Калицова М.В., Медоев В.В., Зураев К.Э., Ардасенов Т.Б.

Владикавказ

Северо-Осетинская государственная медицинская академия

Актуальность. Проблема острой кишечной непроходимости при раке толстой кишки остается одной из нерешенных и наиболее сложных в неотложной абдоминальной хирургии. Одним из сравнительно малоизученных компонентов патогенеза является повышенное внутрибрюшное давление (ВБД), которое, по единодушному мнению исследователей, оказывает не только местное, но и системное действие. Проблема диагностики и лечения острой кишечной непроходимости, осложненной внутрибрюшной гипертензией является актуальной и требует своего решения.

Цель исследования. Изучить динамику изменений ВБД на фоне декомпрессионной терапии у больных с острой обтурационной толстокишечной непроходимостью опухолевого генеза.

Материалы и методы. Динамика изменений ВБД на фоне декомпрессионной терапии изучена у 128 больных с острой обтурационной толстокишечной непроходимостью опухолевого генеза.

Результаты. При поступлении в стационар у 17,2% больных ВБД оставалось в пределах нормы, у 35,2% пациентов имелась 1 степень интраабдоминальной гипертензии (ИАГ), у 25,8 % - 2 степень, у 14,8% - 3 степень и у 7% - 4 степень. При 1 варианте течения острого обтурационного нарушения проходимости толстой кишки ВБД на фоне проводимой декомпрессионной терапии через 6-7 часов в среднем снижалось на $7,6 \pm 0,53$ мм рт. ст, при 2 варианте на $3,2 \pm 0,24$ мм рт. ст. При 3 варианте ВБД снижалось у 57,1% больных на $2,8 \pm 0,38$ мм рт. ст., у 28,6% оставалось в пределах исходных данных и у 14,3% повышалось в среднем на $3,3 \pm 0,58$ мм рт. ст.

Выводы. При поступлении в стационар у 17,2% больных раком толстой кишки, осложненным острой непроходимостью, несмотря на наличие клинических и рентгенологических симптомов непроходимости ВБД остается в пределах нормы, у 35,2% пациентов имеется 1 степень ИАГ, у 25,8 % - 2 степень, у 14,8% - 3 степень и у 7% - 4 степень ИАГ. При первом варианте течения острого обтурационного нарушения проходимости толстой кишки ВБД на фоне проводимой декомпрессионной и корригирующей терапии после повторного исследования через 6-7 часов в среднем снижается на $7,6 \pm 0,53$ мм рт. ст, при втором варианте на $3,2 \pm 0,24$ мм рт. ст. При третьем варианте ВБД снижается у 57,1% на $2,8 \pm 0,38$ мм рт. ст., у 28,6% больных остается в пределах исходных данных и у 14,3% повышается в среднем на $3,3 \pm 0,58$ мм рт. ст.

16. Структурные изменения кишечной стенки у больных раком толстой кишки, осложненным непроходимостью и их значение при проведении эндоскопической реканализации

Тотиков З.В., Тотиков В.З., Епхиев А.А., Кулумбегов Г.Р., Гадаев Ш.Ш., Магомадов Э.А.

Владикавказ

Северо-Осетинская государственная медицинская академия

Актуальность. На современном этапе развития хирургии предложена временная мера разрешения обтурационной толстокишечной непроходимости путем стентирования зоны обструкции саморасширяющимся стентом. В части случаев стентирование может привести к осложнениям, одно из которых – перфорация стенки кишки, вероятность которой зависит от состояния стенки органа и достоверно оценивается только с помощью микроскопического исследования.

Цель: оценить возможность повреждения кишечной стенки с опухолью при проведении эндоскопической реканализации путем стентирования, как этапа лечения обтурационной толстокишечной непроходимости.

Материалы и методы. Материалом для исследования послужили резецированные фрагменты толстой кишки, удаленные в 26 случаях при операциях по поводу опухолевой кишечной непроходимости.

Результаты. Отмечена зависимость между локализацией оцениваемого участка опухоли (центр или периферия) и объемными долями некротизированной и сохранной волокнистой тканей. При протяженности опухоли от 3,9 до 5,5 см достоверной разницы между объемными долями сохранной ткани в центральных и периферических участках не наблюдалось. При размерах опухоли свыше 5,5 см отмечалась достоверно большая объемная доля некротизированной и опухолевой тканей в центральной части опухоли по сравнению с такими же участками опухолей с меньшей протяженностью. Иммуногистохимическая идентификация ERG показала, что для опухолей протяженностью свыше 5,5 см количество ERG-позитивных клеток в центральных участках снижается с ростом длины опухоли, следовательно, эти участки опухоли с очень большой вероятностью способны подвергаться некротическому распаду с резким ухудшением прочностных свойств кишечной стенки.

Выводы. Сохранность структур, обуславливающих прочностные свойства кишки, выражена по-разному в зависимости от принадлежности определенного участка опухоли данному фрагменту кишки. От периферии к центру объемная доля участков некроза и собственно опухолевой ткани в стенке кишки увеличивается. С увеличением длины опухолевого участка возрастает размах зоны кишки с высокой объемной долей некротизированных участков. При протяженности пораженной опухолью кишки свыше 5 см высока вероятность развития осложнений в виде кровотечения или прободения стенки при попытке реканализации.

17. Результаты лечения рака толстой кишки, осложненного острой непроходимостью

Тотиков З.В., Тотиков В.З., Гадаев Ш.Ш., Магомадов Э.А., Калицова М.В., Медоев В.В., Зураев К.Э., Ардасенов Т.Б.

Владикавказ

Северо-Осетинская государственная медицинская академия

Актуальность. Наиболее частым осложнением колоректального рака является кишечная непроходимость, несмотря на использование всего современного арсенала комплексного лечения данной категории пациентов, результаты лечения нельзя признать удовлетворительными.

Цель исследования. Улучшение результатов лечения рака толстой кишки, осложненного острой непроходимостью.

Материалы и методы. В основу исследования положены результаты лечения 678 больных раком толстой кишки, осложненным острой непроходимостью. В зависимости от используемой тактики лечения, мы разделили больных на 2 группы. В контрольную клиническую группу вошли 236 (34,8%) пациентов в лечении которых применялась ранее разработанная в клинике пред- и интраоперационная тактика. В основную клиническую группу было включено 442 (65,2%) пациента в лечении которых использовалась разработанная в клинике новая лечебно-диагностическая программа и способы хирургического и комбинированного лечения.

Результаты. При сравнении результатов лечения контрольной и основной групп после всех этапов отмечено достоверное уменьшение числа летальных исходов (с 12,7% до 5,0%) и послеоперационных осложнений (с 38,5% до 21,3%) в основной группе. Разработанная лечебно-диагностическая программа, позволила повысить количество радикальных и циторедуктивных оперативных вмешательств с 88,1% в контрольной до 92,3% в основной группе и статистически значительно улучшить 5-летнюю общую выживаемость в сравнении с контрольной группой с 41,1% до 54,7%, снизить частоту местных рецидивов с 18,0% до 7,0%. Улучшить при II стадии рака толстой кишки, осложненного ОТКН 5-летнюю общую выживаемость с 56,7% до 72,6%, безрецидивную выживаемость с 49,6% до 67,3% и канцерспецифическую выживаемость с 60,2% до 81,6% и при III стадии 5-летнюю общую выживаемость с 27,1% до 41,1%, безрецидивную выживаемость с 17,1% до 33,8% и канцерспецифическую выживаемость с 29,9% до 46,5%.

Заключение. Использование консервативных и малоинвазивных способов декомпрессии на первом этапе лечения рака толстой кишки, осложненного непроходимостью, позволяет снизить количество летальных исходов, послеоперационных осложнений, увеличить число радикальных и циторедуктивных операций, а также улучшить отдаленные результаты лечения.

18. К вопросу о формирования низких колоректальных и колоанальных анастомозов

Тотиков З.В., Тотиков В.З., Гадаев Ш.Ш., Магомадов Э.А., Калицова М.В., Медоев В.В., Зураев К.Э., Ардасенов Т.Б.

Владикавказ

Северо-Осетинская государственная медицинская академия

Актуальность. Проблема формирования низких колоанальных или колоректальных анастомозов при выполнении низких передних резекций прямой кишки на сегодняшний день остается актуальной, несостоятельность анастомоза, выполненного с помощью ручного шва, достигает 5,4-69,2%. В то же время аппаратный шов так же не лишен недостатков, несостоятельность его составляет в среднем 9%, высокой остается и частота развития стенозов.

Цель исследования. Снижение количества воспалительных осложнений, летальных исходов и финансовых затрат при выполнении низкой передней резекции прямой кишки с анастомозом.

Материалы и методы. В нашей клинике хирургических болезней с 2002 по 2018 годы проведено проспективное исследование со сравнительной оценкой результатов лечения у двух групп больных. В первую группу вошли 78 пациентов, которым после низких передних резекций анастомозы выполнялись скрепочными циркулярными сшивающими аппаратами. В том числе у 41 пациента под прикрытием проксимальной илео-или колостомы. Во вторую группу включены 112 пациентов, которым анастомозы наложены по разработанному в клинике способу. В этой группе проксимальную превентивную илео- или колостому формировали до или интраоперационно у 67 пациентов. Функциональное состояние запирательного аппарата прямой кишки исследовалось в

ближайшем послеоперационном периоде, и далее в течение 3-6 и 12 месяцев. Условиями включения пациентов в исследование являлись: плановый характер оперативного вмешательства, адекватная подготовка кишечника, одинаковый уровень нижней границы резекции прямой кишки (не менее 5 см от края ануса у мужчин и 4 см – у женщин), отсутствие осложнений, не связанных с наложением анастомоза.

Результаты. В первой группе после наложения анастомозов циркулярными скрепочными сшивающими аппаратами несостоятельность выявлена у 7 (9,0%) больных. В том числе у 3 больных с превентивной проксимальной стомой и у 4 пациентов без нее. Ранние проявления несостоятельности анастомоза (на 3-4 сутки) в виде выделения кишечного содержимого по дренажам или перитониальных симптомов в нижних отделах живота отмечены у 2 пациентов. У одного из них с проксимальной превентивной стомой эти явления полностью были ликвидированы консервативными методами. У другого потребовалось произвести релапаротомию, санацию и дренирование малого таза и брюшной полости с наложением превентивной двустольной илеостомы. У остальных 5 пациентов несостоятельность соустья была диагностирована на 7-10 сутки при пальцевом исследовании и проктографии, у всех больных лечение было ограничено консервативными способами. Во второй группе в послеоперационном периоде после тромбэмболии легочной артерии умер один пациент. Из оставшихся 111 больных несостоятельность кишечного соустья выявлена у 9 (8,1%) пациентов. В том числе у 5 пациентов с проксимальной превентивной стомой и у 4 пациентов без нее. У 2 пациентов с превентивными стомами выделения кишечного содержимого по дренажным трубкам были выявлены на 4 сутки. В последующем на фоне консервативных мероприятий они были ликвидированы в течение 12-13 дней. У остальных пациентов несостоятельность анастомоза в виде небольших затеков (15-20 мм) выявлена на 8-10 сутки после проктографии. Из 45 больных второй группы, которым не были сформированы превентивные проксимальные стомы у 2 пациентов на 4-5 сутки отмечено выделения кишечного содержимого по дренажным трубкам. В одном случае полное выздоровление отмечено на фоне консервативных способов лечения, в другом после релапаротомии, санации и формирования проксимальной стомы. У остальных 2 пациентов несостоятельность в виде небольших затеков зарегистрирована только после проктографии через 8-10 дней. В среднем затраты на выполнения аппаратного анастомоза составили 550 долларов, на выполнение по разработанному в клинике способу 45 долларов.

Выводы. Разработанный способ наложения анастомоза после низкой передней резекции и устройство для его осуществления позволяет не увеличивая количество осложнений и летальных исходов снизить материальные затраты на выполнение оперативного вмешательства, то есть может являться альтернативным способом формирования анастомозов после низких передних резекции.

19. Современные возможности вакуум-терапии в лечении эпителиального копчикового хода, 5-летний опыт лечения

Галашокян К.М., Черкасов М.Ф., Старцев Ю.М., Черкасов Д.М., Помазков А.А.,
Меликова С.Г.

Ростов-на-Дону
ФГБОУ ВО РостГМУ Минздрава России

Актуальность проблемы. Основным способом лечения эпителиального копчикового хода (ЭКХ) является хирургический. Открытое заживление распространенный метод лечения ЭКХ, однако основной недостаток его — это длительное заживление послеоперационных ран, которое по данным литературы может составлять 2 – 3 месяца и, соответственно, продолжительный период нетрудоспособности.

Цель работы: анализ результатов лечения ран после иссечения ЭКХ путем применения вакуум-терапии.

Материалы и методы. Анализированы результаты лечения 138 пациентов с ЭКХ в период с 2014 по 2019 гг. Группа I разделена на Ia подгруппу – иссечение с оставлением раны открытой (n=31), Ib – подшивание краев раны ко дну (n=33) и Ic – ушивание раны швами Донати (n=38). Группа II включала больных (n=36), которым иссекался ЭКХ с оставлением раны открытой и последующей оригинальной вакуум-терапией.

Результаты и обсуждения. Среди пациентов с вакуум-терапией гнойные осложнения не отмечены, при применении традиционных методик данное осложнение составило в Ia – 4 (12,9%), Ib – 9 (27,3%), а в Ic – 12 (31,6%) случаев ($p < 0,05$). Наименьшее количество койко-дней отмечено во II группе и Ia подгруппе – $8,4 \pm 4,13$ и $8,2 \pm 4,23$, при этом в Ib подгруппе – $12,7 \pm 4,03$, в Ic – $14,6 \pm 1,7$ дней. Период заживления ран во II группе был короче, чем в Ia подгруппе ($27,3 \pm 3,5$ и $67,5 \pm 8,3$), а в подгруппах Ib и Ic сроки заживления ран составили $37 \pm 2,18$ и $14,3 \pm 1,8$ дней. Во II группе период восстановления трудоспособности был достоверно меньше ($21,3 \pm 3,5$) по сравнению с Ia ($28,5 \pm 10$), а в подгруппах Ib и Ic – $18,4 \pm 6,7$ и $16,3 \pm 2,7$ дней ($p > 0,05$). Рецидив заболевания в группе с вакуум-терапией отмечен в 1 (2,8%) случае, в то время как в подгруппах с традиционным лечением рецидив заболевания достигал 25%.

Выводы. Полученные результаты клинического исследования подтверждают, что вакуум-терапия в лечении ЭКХ улучшает результаты лечения пациентов по сравнению со стандартным ведением ран с использованием мажевых повязок.

20. Хирургия единого доступа в лечении заболеваний толстой кишки

Борота А.В., Кухто А.П., Базиян-Кухто Н.К., Борота А.А.
Донецк, ДНР

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького»

Актуальность. С появлением лапароскопической хирургии вмешательства на толстой кишке стали менее травматичными, что отражено во многих исследованиях, доказавших не только безопасность лапароскопической хирургии, но и заметно лучшие результаты лечения в ближайшем и отдаленном послеоперационном периоде. В хирургии толстой кишки, где подразумевается извлечение препарата через переднюю брюшную стенку, выполнение разреза для получения доступа неизбежно, что в свою очередь ведет к травматизации и возникновению болевого синдрома в послеоперационном периоде.

Цель исследования. Показать преимущества модифицированного в клинике способа SILS в лечении заболеваний толстой кишки (ЗТК), проанализировать результаты лечения больных, которым применен разработанный доступ.

Материалы и методы исследования. Рассмотрены результаты хирургического лечения 49 пациентов с ЗТК, оперированных в клинике общей хирургии №1 на базе проктологического отделения Донецкого клинического территориального медицинского объединения за период с августа 2017г., которым была применена методика SILS. Среди них 23 мужчины и 26 женщин, средний возраст составил 52,8 лет. Резекция сигмовидной кишки выполнена 17 пациентам, левосторонняя гемиколонэктомия – 14, правосторонняя гемиколонэктомия – 11, субтотальная колонэктомия – 4, колотомия, полипэктомия – 2, резекция поперечно-ободочной кишки – 1. На первом этапе в 30 случаях применялась SILS с помощью монопортового устройства, сопровождающаяся определенными техническими трудностями: недостаточная триангуляция и конфликт инструментов при манипуляциях, несколько ограничивающие свободу движений хирурга. В связи с чем в клиникеразработан и модифицирован существующий монопортовый доступ, включающий установку оптического троакара по срединной линии непосредственно над пупком, а также порта для инструмента на расстоянии 3,5 см выше него и порта, устанавливающегося под пупком. После выполнения основного этапа операции два троакарных отверстия над пупком соединялись разрезом для извлечения препарата и формирования анастомоза. Длина разреза соответствует таковой при использовании

монопортового устройства. В троакарное отверстие под пупком устанавливался дренажная трубка. Данная методика применена у 19 пациентов с ЗТК: резекция сигмовидной кишки выполнена 7 пациентам, левосторонняя гемиколонэктомия – 6, правосторонняя гемиколонэктомия – 3, субтотальная колонэктомия – 3 больным. Болевой синдром, оцененный с помощью шкалы боли (NRS), а также кратности введения наркотических и ненаркотических анальгетиков позволяет утверждать, что разработанная нами методика позволяет уменьшить болевой синдром ввиду анатомического расположения троакаров, снизить кратность введения обезболивающих препаратов, предупредить возникновение послеоперационной грыжи за счет послойного ушивания передней брюшной стенки.

Результаты. Средний койко-день у пациентов, которым применен модифицированный способ составил 7,5 дней, болевой синдром был менее выражен за счет меньшей травматизации передней брюшной стенки более физиологичного доступа по белой линии живота.

Выводы. SILS позволяет избежать технических трудностей, минимизировать травматизацию передней брюшной стенки, манипулировать инструментами, предназначенными для проведения стандартных лапароскопических вмешательств, улучшить послеоперационные результаты и сроки реабилитации пациента, является не только безопасным и выполнимым методом, но также влечет за собой улучшение результатов лечения (уменьшение болевого синдрома, профилактику возникновения послеоперационных грыж, сокращение койко-дней, трудовую и медико-социальную реабилитацию, косметический эффект).

21. Оценка эффективности выполнения мультивисцеральных резекций и симультанных операций в хирургическом лечении рака ободочной и прямой кишки на основании экспертной системы прогноза операционного риска

Борота А.В., Кухто А.П., Базиян-Кухто Н.К., Борота А.А.
Донецк, ДНР

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького»

Разработка оптимальных алгоритмов диагностики и лечения пациентов с раком ободочной и прямой кишки наряду с сочетанной патологией органов брюшной полости (ОБП) является актуальной проблемой. До настоящего времени не существует единого обоснованного математически спрогнозированного обеспечения, позволяющего оценивать риск выполнения СОВ и МР у больных с патологией толстой кишки.

Цель исследования. На основании разработанной в клинике нейросетевой модели «Экспертная система прогноза операционного риска» уточнить показания, ведение пред- и постоперационного периода и доказать эффективность выполнения симультанных оперативных вмешательств и мультивисцеральных резекций у пациентов с раком ободочной и прямой кишки.

Материал и методы. В клинике общей хирургии ДонНМУ им. М. Горького на базе проктологического отделения ДоКТМО за период с 2012 по 2018гг. проведено оперативное лечение 1109 пациентам с патологией толстой кишки. 883(79,6%) больных оперированы в клинике по поводу рака прямой и ободочной кишки. Из них 109(68,6%) пациентам, имеющим сочетанную абдоминальную патологию, выполнены симультанные оперативные вмешательства; 154 (75,9%) пациентам произведены мультивисцеральные резекции, 20 (8,7%) выполнены симультанные мультивисцеральные резекции.

Результаты. После лапаротомии, ревизии органов брюшной полости, оперативное лечение начинали с более чистого этапа, после этого выполняли основной этап хирургического вмешательства по поводу патологии толстой кишки.

Выводы. ЭСПОР обеспечивает полноценную и эффективную коррекцию сопутствующей патологии в предоперационном периоде, профилактику интра- и

послеоперационных осложнений, а также проведение эффективной целенаправленной интенсивной терапии у данной категории пациентов, что позволило во всех случаях добиться уменьшения осложнений при сохраненном одномоментном хирургическом радикализме. Разработан алгоритм интра- и послеоперационных осложнений, который может служить критериями определения степени риска оперативного вмешательства, а также прогнозирования оценки эффективности выполнения СОВ и МР у таких пациентов, что позволяет принять решение о возможности выполнения оптимальной операции или отказаться от нее. СОВ необходимо выполнять в случаях, когда оперативное лечение показано при каждом из сочетанных абдоминальных заболеваний. Для оценки степени риска симультанной абдоминальной операции следует учитывать объем и тяжесть каждого из этапов, а также выраженность нарушений функций органов и систем. Несмотря на продолжительность, объем оперативного вмешательства считаем, что выполнение СОВ и МР является оптимальным и оправданным, поскольку количество осложнений и функциональные результаты лечения больных в этой группе достоверно не отличается от группы больных со стандартными оперативными вмешательствами. Разработана и научно обоснована дифференцированная лечебная тактика в зависимости от локализации и характера поражения, клинического течения, операционного риска. Разработанный диагностический алгоритм предопределяет оптимальную хирургическую тактику, позволяет улучшить непосредственные результаты лечения и качество жизни пациентов.

22. Подвздошно-резервуарно-анальная реконструкция в хирургическом лечении болезни Крона толстой кишки

Борота А.В., Плахотников И.А., Полунин Г.Е., Борота А.А.
Донецк, ДНР

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького»

Актуальность. Хирургическое лечение Болезнь Крона (БК) толстой кишки (ТК) – проблема, которая не решена хирургами всего мира до сих пор ввиду отсутствия единого мнения в вопросах хирургической тактики, качества жизни больных после операции. Все чаще появляются обобщенные данные о возможности реконструктивно-пластических вариантов операций при выполнении колонпроктэктомии у пациентов с БК ТК.

Цель исследования. На основании имеющихся случаев выполнения реконструктивных операций и последующего динамического наблюдения при БК ТК доказать возможность и целесообразность использования подвздошно-резервуарно-анальной реконструкции (ПРАР) у данной категории больных.

Материалы и методы. С 2012 по 2018 гг. в клинике общей хирургии ДонНМУ на базе проктологического отделения Донецкого клинического территориального медицинского объединения было прооперировано 9 пациентов, страдающих БК ТК, им выполнена колпроктэктомия с формированием J-образного илеоального резервуара, илеоанального анастомоза и протективной илеостомы. При этом, у 4 пациентов, с предварительно гистологически подтвержденным диагнозом неспецифический язвенный колит, оперированных по данной методике, после получения гистологического заключения операционного материала, диагноз был изменен - была выявлена болезнь Крона. Еще в 4 случаях мы выполнили подобное вмешательство у пациентов с гистологически верифицированным осложненным диагнозом БК, консервативное лечение у которых было неэффективным.

Результаты. Проанализированы ближайшие и отдаленные результаты лечения прооперированных пациентов в сроки 9 - 49 месяцев. Пациенты осматривались каждые 3-4 месяца, после выполнения резервуарографии, производилось закрытие илеостомы. Эндоскопическое и морфологическое исследования слизистой резервуара производилось каждые 6-8 мес., изучалось качество жизни с помощью стандартного

опросника. Осложнения развились в 2 случаях - имел место паучит, который был успешно разрешен консервативными противовоспалительными мероприятиями.

Выводы. На основании имеющегося опыта выполнения подвздошно-резервуарно-анальной реконструкции пациентам с БК ТК и последующего динамического наблюдения считаем возможным и целесообразным применение данной методики.

23. Результаты хирургического лечения сочетанной неопухолевой патологии анального канала и прямой кишки

Борота А.В., Плахотников И.А., Борота А.А., Базиян-Кухто Н.К.

Донецк, ДНР

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького»

Вопросы хирургического лечения сочетанной неопухолевой патологии анального канала и прямой кишки (СНП АК и ПК): геморроя, острого парапроктита, хронической анальной трещины и хронического парапроктита, их ближайших и отдаленных результатов, возможных осложнений и рецидива болезни весьма актуальны в настоящее время, что требует особого подхода к выбору хирургического лечения рассматриваемых патологий.

Цель работы. Проанализировать результаты одномоментного хирургического лечения пациентов с сочетанной неопухолевой патологией анального канала и прямой кишки на основании разработанного подхода оперативного лечения.

Материал и методы. Проанализированы результаты хирургического лечения 776 пациентов, которые оперированы в клинике общей хирургии № 1 ДонНМУ им. М. Горького на базе проктологического отделения Донецкого клинического территориального медицинского объединения по поводу СНП АК и ПК за период с 2014 по 2017 гг. Сочетание геморроя и другой патологии АК и ПК имело место у 232 (29,9%). Эти больные составили исследуемую группу (ИГ). Контрольную группу (КГ) составили 544 (70,1%) пациента, оперированные в клинике за этот же период времени по поводу геморроя и перенесших исключительно геморроидэктомию. При этом среди пациентов ИГ у 126 (54,3%) имело место сочетание геморроя с анальной трещиной (АТ), у 33 (14,2%) – с прямокишечным свищом (ПС), у 23 (9,9%) – с острым парапроктитом (ОП), у 21 (9%) – с полипом прямой кишки (ППК), у 4 (3,1%) – с ректовагинальным свищом, у 4 (3,1%) – с ворсинчатой опухолью ПК, у 2 (0,8%) – со стриктурой АК, у 1 (0,4%) – с кондиломатозом промежности. Сочетание более двух патологий аноректальной зоны имело место у 18 (7,7%): у 11 (4,8%) пациентов имело место сочетание геморроя с АТ и полипом АК, у 7 (1,8%) – сочетание АТ и ПС.

Результаты и обсуждение. В ИГ средняя продолжительность геморроидэктомии в сочетании с хирургическим лечением другой патологии ПК и АК составила 27 ± 4 минут. При этом средняя продолжительность геморроидэктомии в сочетании с иссечением АТ составила 20 ± 3 мин, в сочетании с иссечением ПС – 28 ± 2 мин, в сочетании со вскрытием парапроктита – 29 ± 5 мин, с полипэктомией – 20 ± 2 мин. Средняя продолжительность геморроидэктомии в сочетании с хирургической коррекцией более чем одной сочетанной патологии АК и ПК составила 31 ± 4 мин. Оценку интенсивности послеоперационного болевого синдрома мы производили с помощью цифровой рейтинговой шкалы (Numerical Rating Scale, NRS), состоящей из 11 пунктов от 0 («боли нет») до 10 («худшая боль, какую можно представить») и на основании необходимости и кратности применения наркотических и ненаркотических анальгетиков.

Заключение. Отмеченное в исследуемой группе некоторое увеличение продолжительности операции, интенсивности послеоперационного болевого синдрома в различные сроки после операции, количества осложнений в раннем и отдаленном послеоперационном периоде, а также среднего койко-дня и сроков восстановления трудоспособности не являются статистически значимыми. Выполнение одномоментного хирургического вмешательства при СНП АК и ПК не ухудшает непосредственных и

функциональных результатов лечения, избавляет пациента от необходимости выполнения повторного хирургического вмешательства и возможных его осложнений.

24. Закономерности заживления толстокишечных анастомозов

Алиев Ф.Ш., Молокова О.А., Чернов И.А., Алиев В.Ф., Петров В.Г., Алборов Р.Г.,
Алиев Р.Ф.

Тюмень

ФГБОУ ВО Тюменский ГМУ Минздрава России

Актуальность проблемы. Одной из причин развития несостоятельности колоректальных соустьев рассматриваются особенности заживления тканей в зоне анастомоза.

Цель исследования. Изучить динамику процессов заживления толстокишечных соустьев, наложенных компрессионным, механическим и лигатурным способами.

Методы исследования. Исследованы 280 гистологических срезов различных способов формирования толстокишечного шва. Срезы окрашивались гематоксилином и эозином, по ван Гизон и Слинченко. При световой микроскопии оценивались динамика развития воспалительной реакции, структурно-функциональное восстановление футлярного строения кишечной стенки.

Результаты. Вне зависимости от способа формирования выявлены однотипные закономерности заживления анастомозов, которые выделены в 4 периода восстановительного процесса. 1 период – сдавления и адаптации тканей – характеризовался развитием острой воспалительной реакции. В компрессионных соустьях на стыке концов кишки в составе экссудата преобладал фибринозный компонент. В механических и компрессионных соустьях острая воспалительная реакция стихала на 7-е сутки после операции, в лигатурных анастомозах - на 14-е сутки. 2 период – начало восстановительных изменений – характеризовался эпителизацией слизистой оболочки и формированием первичного соединительнотканного рубца. Эпителизация слизистых оболочек развивалась в компрессионных соустьях на 7 сут., в ручных анастомозах продолжалась до 21-х суток, в механических – затягивалась до 90 суток. Это было связано с большей величиной раневого дефекта, сохраняющееся продуктивное воспаление, поддерживаемое наличием в толще кишечной стенки шовным материалом, металлических скрепок, в отличие от компрессионных соустьев. 3 период – формирование первичного соединительнотканного рубца, специфическая дифференцировка эпителия – характеризовался созреванием колоноцитов и бокаловидных клеток, восстановлением лимфоплазмодитарного слоя слизистой оболочки и формированием окончательного соединительнотканного рубца. При компрессионных анастомозах происходило восстановление защитного лимфо-плазмодитарного слоя. К концу третьего периода завершалась репаративная регенерация соединительной ткани с формированием рубца. При ручных и механических анастомозах этого не происходило. 4 период – пролиферации гладкомышечной ткани – начинался с 45-х суток и характеризовался развитием репаративной регенерации гладкомышечной ткани. В компрессионных соустьях гладкомышечные клетки врастали в зону соединительнотканного рубца в подслизистой основе и мышечном слое. При этом происходило восстановление непрерывности мышечной пластинки слизистой оболочки и непрерывности мышечного слоя.

Заключение. В компрессионных соустьях регенераторные процессы протекают с менее выраженной воспалительной реакцией, с минимальным развитием соединительнотканного рубца в отличие от ручного и механического анастомозов.

25. Способ повышения качества жизни больных формированием резервуарно-клапанных колостом

Актуальность проблемы. Проблема хирургической реабилитации и повышения качества жизни колостомированных больных остается окончательно не решенной. Наряду с «болезнями» стом, бесконтрольное, не управляемое кишечное отделяемое по стоме значительно ухудшает качество жизни.

Цель исследования. Повысить качество жизни стомированных больных путем создания «удерживающих» клапанных структур в преколостомическом отделе толстой кишки при помощи никелид титановых имплантатов.

Методы исследования. «Удерживающие» клапанные колостомы сформированы в 32 случаях (основная группа), которые сравнивались с традиционными «плоскими» (n=40) (контрольная группа). Манометрические исследования преколостомальной зоны проводили методом открытого катетера и балнографическим методом. Исследования качества жизни у пациентов изучались с помощью опросника EuroQol.

Результаты. Сравнительный анализ в основной и контрольной группах в отдаленные сроки до 3 лет была установлена прямую зависимость развития дерматита, частоты и ритма стула, суточного дебита свища от вида стомы. Регистрация внутрикишечного давления в преколостомической зоне с помощью открытого катетера у больных с резервуарными колостомами, начиная с 6-го месяца после операции показывают относительно стабильные показатели давления (среднем $29,7 \pm 3,3$ см вод. ст.). В контрольной группе в те же сроки показатели давления составляли в пределах $5,6 \pm 4,2$ см вод. ст. ($t=4,51$; $p<0,001$). Суммарное внутрикишечное давление в преколостомической зоне изученных балнографическим методом указывает, что у больных с удерживающими внутрикишечными заслонками регистрируются показатели превышающие более чем в 2,5-3 раза в сравнении с «плоскими» стомами и соответственно составляли $34,2 \pm 5,6$ см рт. ст. и $13,2 \pm 3,7$ см рт. ст. ($t=3,13$; $p<0,005$). Анализ оценки качества больных (КЖ) в баллах показал более лучшие статистически достоверные результаты в основной группе больных ($71,34 \pm 5,8$) по сравнению с контрольной ($57,01 \pm 6,62$) ($<0,05$). Особенно ощутимо у больных с «плоскими» колостомами страдало самообслуживание, передвижение в пространстве и активность в повседневной жизни. Сравнительные данные КЖ в исследуемых группах по половому признаку показали, что к новым условия жизни лучше адаптируются женщины ($68,89 \pm 7,91$ баллов против $61,13 \pm 7,72$ у мужчин; в контрольной группе соответственно $56,67 \pm 8,7$ и $48,28 \pm 6,3$ ($p>0,05$; $p<0,01$). Динамика показателей КЖ больных в отдаленные сроки до 24 месяцев после операции были выше в основной группе - до 7,2 баллов через 9 месяцев после операции, до 18,2 через 21 месяц. Начиная с 15 месяца в обеих группах прослеживалось снижение КЖ, что было вызвано прогрессированием и рецидивом онкологического процесса.

Заключение. Формирование «удерживающей» клапанной колостомы при помощи никелид титановых имплантатов, способствует формированию преколостомического резервуара, улучшает качество жизни больных.

26. Результаты субмукозной лазерной коагуляции внутренних геморроидальных узлов при лечении пациентов с внутренним геморроем в амбулаторных условиях

Сотников В.М., Каторкин С.Е., Андреев П.С.
Самара
ФГБОУ ВО СамГМУ Минздрава России

Цель. По статистике геморроем болеет 13-15 % взрослого населения. Золотым стандартом хирургического лечения этого заболевания является геморроидэктомия. Данный метод имеет ряд недостатков, среди них высокая операционная травматичность,

а также выраженный болевой синдром и длительный период реабилитации. Все большее распространение получают лазерные хирургические методики лечения в проктологии. Результаты субмукозной лазерной коагуляции геморроидальных узлов показывают, что данная операция позволяет эффективно проводить лечение пациентов с геморроем с I по III стадии. Преимуществами операции являются: короткая длительность операции, низкий послеоперационный болевой синдром и короткий период реабилитации.

Материалы и методы. 50 пациентам с внутренним геморроем II и III стадий была выполнена субмукозная лазерная коагуляция внутренних геморроидальных. Операция выполнялась под местной инфильтрационной анестезией. Были использованы хирургический лазерный аппарат Медиола-Компакт (Республика Беларусь) и торцевые световоды этого же производителя. На 5 мм дистальнее аноректальной линии выполнялся трансдермальный прокол торцевым световодом и он под контролем сигнального излучения проводился непосредственно в геморроидальный узел. В режиме импульсного излучения (Импульс 0,2 сек., пауза 0,1 сек.) с длиной волны 1560 нм, мощностью 9 Вт и экспозицией 3 секунды выполнялась коагуляция в 4-6 точках внутреннего геморроидального узла. После коагуляции геморроидальных узлов, непосредственно над внутренним геморроидальным узлом производили коагуляцию слизистой перемещением световода в поперечном направлении на длину 1,5-2 см в режиме непрерывного излучения длиной волны 1560 нм, мощностью 7 Вт и экспозицией излучения 2 секунды. Затем в этом же режиме производят коагуляцию слизистой, непосредственно проксимальнее аноректальной линии перемещением световода в поперечном направлении со скоростью 0,5 см в секунду на длину 1,5-2 см. За операцию выполнялась коагуляция всех внутренних геморроидальных узлов.

Результаты. Продолжительность операции составила $20,31 \pm 3,9$ минут, а интенсивность болевого синдрома на следующие сутки после операции была $1,74 \pm 2$ баллов по VAS. Длительность периода временной нетрудоспособности у пациентов была 7 суток. Было зафиксировано послеоперационное кровотечение у 1 (2,04 %) пациента, которое было купировано консервативными мероприятиями в амбулаторных условиях.

Заключение. Предлагаемый метод субмукозной лазерной коагуляции внутренних геморроидальных узлов позволяет эффективно и безопасно проводить лечение пациентов с хроническим внутренним геморроем II и III стадий в амбулаторных условиях с минимальным послеоперационным болевым синдромом и коротким периодом реабилитации.

27. Аргоноплазменная коагуляция в лечении больных со стелющимися опухолями типа LST прямой и ободочной кишки

Десятов Е.Н., Алиев Ф.Ш., Савельев Н.Н., Алборов Р.Г.
Тюмень

ФГБОУ ВО Тюменский ГМУ Минздрава России

Актуальность исследования. Плоские неоплазии толстой кишки типа LST (Laterally Spreading Tumor) имеют более высокий злокачественный потенциал по сравнению с полиповидными образованиями (George S. M. et al. 2000, Kudo S. et al. 2000, Soetikno R.M. et al. 2008). Дискуссию вызывает оптимальный способ их удаления. Поиск доступных методов лечения стелющихся образований ободочной кишки, сочетающих в себе радикальность удаления опухоли и низкую травматичность, является актуальной проблемой.

Цель исследования. Ретроспективная оценка результатов лечения стелющихся образований типа LST ободочной кишки методом аргоноплазменной коагуляции (АПК) с учетом гистологической структуры, глубины инвазии, осложнений и рецидивов.

Материал и методы. У 55 больных удалены непалиповидных образований типа LST -G 10 пациентам методом этапной АПК. Всем предварительно выполнена колоноскопия эндоскопом CF -Q160AL («Olympus», Япония) с биопсией неоплазии. Оценка инвазии

осуществлялась методом ЭУС при локализации в левых отделах УЗ – зондом 20 МГц UM -3R («Olympus», Япония) АПК выполнялась зондом – аппликатором диаметром 2.3 и 3.2 мм (ERBE, Германия) через эндоскоп CF –2T160AL («Olympus», Япония). АПК выполнялась этапно в режиме fulgur 32-34 watt V – 2.0 -3.0 L\min для коагулятора EA 140 («Фотек», РФ) всей площади неоплазии до формирования струпа. Среднее количество этапов АПК для редукции неоплазий составило $4,0 \pm 0,8$. Средний срок лечения - 1,5 месяца. Колоноскопия высокого разрешения с биопсией из рубца и осмотром в режиме NBI выполнялась эндоскопом CF –H180AL («Olympus», Япония) на 3, 6, 9, 12 месяцев в первый год после АПК - 6, 12 месяцев во второй год. Время наблюдения от 4-х до 36 месяцев.

Результаты и обсуждение. Средний возраст пациентов 60 лет. По локализации преимущественно выявлялись в левой половине толстой кишки (слепая -2, восходящая-3, поперечная – 5, нисходящая -11, сигмовидная – 8, ректосигмоидный угол – 17, прямая кишка - 9). По данным АПК подвергались образования по ЭУС, не распространяющиеся за пределы мышечной пластинки слизистой оболочки. Гистологическая картина была представлена в 69% случаях пролиферирующие тубуловорсинчатые аденомы, в 23% случаях ворсинчатые аденомы, в 8% диагностирована высоко дифференцированная аденокарцинома. Наибольший продольный размер удалённых неоплазий составил от 15 до 45 мм. Среднее количество этапов АПК – 3 с интервалом в 7 дней. Ни в одном случае не было отмечено формирование рубцовых стриктур и деформация просвета кишки. Рецидив диагностирован в 4-х случаях (7,2%). В 2-х случаях рецидивные новообразования гистологически были представлены ворсинчатыми аденомами, в 1-ом – пролиферирующая аденома, еще в одном – высоко дифференцированная аденокарцинома.

Выводы. АПК является безопасным и эффективным методом лечения стелющихся образований ободочной кишки типа LST -G при отсутствии инвазии в подслизистый слой. АПК может быть методом выбора у пациентов особенно с высоким операционным риском.

28. Возможности интравагинальной коррекции тазового пролапса

Ильканич А.Я., Матвеева А.С.

Сургут

БУ ХМАО-ЮГРЫ «Сургутская окружная клиническая больница»

Частота встречаемости пролапса тазовых органов в структуре гинекологической заболеваемости по данным различных авторов варьирует от 15 до 30%. Согласно современным взглядам, под пролапсом тазовых органов следует понимать дислокацию органов малого таза под воздействием внутрибрюшного давления с формированием характерных центрального или паравагинальных дефектов в тазовой фасции. Развитие функциональной хирургии таза на основе современных технологий представляет возможности для профилактики послеоперационных рецидивов путем использования новой методологии: применение малоинвазивных методик, обязательная коррекция всех функциональных расстройств смежных органов, использование современных синтетических материалов для замещения дефектов тазовой фасции.

Цель: оценка возможности интравагинальной коррекции тазового пролапса при использовании сетчатых имплантов.

Материал и методы исследования: технология интравагинального слинга с использованием сетчатых имплантов внедрена в клиническую практику Сургутской окружной клинической больницы в 2013 году. В анализируемую группу данного исследования вошли пациентки, оперированные за период 2016-19 гг., лечение которых осуществлялось строго в соответствии с разработанной программой ведения больных с тазовым пролапсом и использованием одного типа сетчатых имплантов. Объем обследования до операции, выбор метода хирургического пособия, сопровождение

периоперационного периода было строго унифицировано. Критериями включения в анализируемую группу были: наличие тазового пролапса, постменопауза. Критерии исключения – 3 степень чистоты влагалища, некорректируемая сопутствующая патология. Отбор больных осуществлял врач-гинеколог, специалист по лечению тазового пролапса, сотрудник центра колопроктологии. В случае дизурических нарушений выполнялась консультация и обследование у уролога. Таким больным до проведения хирургической коррекции тазового пролапса выполнялась урофлоуметрия. Одновременной хирургической коррекции нарушения мочевого пузыря и тазового пролапса не проводилось. Контрольная урофлоуметрия выполнялась не ранее чем через 3 месяца после хирургического лечения. Коррекция нарушения мочевого пузыря выполнялась вторым этапом при наличии показаний. На этапе амбулаторного обследования проводилось общеклиническое обследование, включающее влагалищный бимануальный осмотр, ректальное пальцевое исследование и проведение кашлевой пробы при осмотре. Стадия генитального пролапса определялась в соответствии с классификацией POP-Q (Pelvic Organ Prolapse Quantification). Оценивался результат степени чистоты влагалища, онкоцитологии шейки матки. Выполнялась кольпоскопия и ультразвуковое исследование органов малого таза. Для оценки симптомов пролапса тазовых органов и нарушения функции мочевого пузыря и использован опросник PFDI - 20. В анализируемую группу было включено 188 женщин. Средний возраст подвергнутых операции составил $63,8 \pm 9,5$ лет. II стадия заболевания (POP-Q) установлена – у 56 (29,78%) пациенток, III – у 132 (70,2%) обследованных женщин. Выбор способа хирургического лечения зависел от вида пролапса и его сочетания с положением апекса. При наличии изолированного цистоцеле или рецидиве пролапса передней стенки при отсутствии апикального пролапса выполнялась установка переднего сетчатого имплантата с проведением задних ножек через крестцово-остистые связки, передних - через obturatorные отверстия. В случае изолированного цистоцеле с умеренным апикальным пролапсом или передним энтероцеле применяли передний сетчатый имплантат в стандартной технологии установки или передний интравагинальный слинг в сочетании с передней субфасциальной кольпоррафией. Показанием для установки переднего сетчатого имплантата в сочетании с задним интравагинальным слингом и задней субфасциальной кольпоррафией являлось изолированное цисто- или переднее энтероцеле с выраженным апикальным пролапсом или полным выпадением влагалища. Нарушение целостности заднего компартмента (изолированное ректоцеле без апикального пролапса) корректировалось установкой заднего сетчатого имплантата с проведением задних ножек через крестцово-остистые связки, а передних – через поверхностные мышцы. При таком же дефекте сочетающимся с более выраженным апикальным пролапсом выполнялся задний интравагинальный слинг в сочетании с задней субфасциальной кольпоррафией. Альтернативой данному вмешательству стала разработанная гибридная технология заднего интравагинального слинга в сочетании с циркулярной эндоректальной проктопластикой. В анализируемой группе передний сетчатый имплантат в стандартной технологии установки применен - у 98 (52,12 %) пациенток, передний или задний интравагинальный слинг – у 53 (28,19 %), задний сетчатый имплантат – у 23 (12,23 %), гибридная технология переднего интравагинального слинга в сочетании с циркулярной эндоректальной проктопластикой – у 11 (5,85 %). В 1 (0,5 %) наблюдении потребовалась установка двух имплантов. Операции были дополнены передней или задней кольпоррафией - 19 (10,10 %) больных, перинеолеваторопластикой - 5 (2,65 %), конусовидной ампутацией шейки матки - у 8 (4,8 %) больных. Оценка эффективности хирургического лечения проводилась в раннем и отдаленном послеоперационном периоде. В отдаленном периоде осмотры осуществлялись через 3, 6 и 12, 24 и 36 месяцев.

Результаты и их обсуждение. Осложнения хирургического вмешательства отмечены у 5 (2,6 %) пациенток. Ранение мочевого пузыря на этапе диссекции предпузырного пространства было отмечено при освоении методики и наблюдалось - у 1 (0,5 %) оперированной. Стриктура уретры без клинических проявлений выявлена во время

хирургического пособия – у 1 (0,5 %) больной. Во время операции было произведено бужирование уретры. Всем больным с этими осложнениями выполнялась пролонгированная катетеризация мочевого пузыря до 3-5 суток. Перивезикальная гематома в раннем послеоперационном периоде у 1 (0,5 %) пациентки пролечена консервативно. В связи с отсутствием эффекта от консервативного лечения 2 больных оперированы в раннем послеоперационном периоде по поводу гематомы промежности. Объем операции – дренирование гематомы, тампонада влагалища. В обоих случаях сетчатый имплант был оставлен. Контрольный осмотр проводился через неделю после выписки из стационара. Затем через 1 месяц, 3 месяца, 6 месяцев, 12 месяцев, а в последующем 1 раз в год. Явки через 2 недели и 3 месяца после операции явились все пациентки. На осмотр через 3 месяца пришло 177 (94,1%) пациенток, через 6 месяцев - 172 (91,4%), через 12 месяцев - 143 (76%), через 24 месяца – 42 (22,3%) человек, через 36 месяцев 28 (14,8%) пациенток. Пропалс de novo диагностирован у 7 (3,7%) оперированных после установки интравагинальных сетчатых имплантов. Все больные после проведенного лечения отмечали улучшение соматического состояния и качества жизни в целом. Анкетирование при помощи опросников субъективной оценки тяжести симптомов, вызванных пролапсом (PFDI-20) проведено среди 135 (71,8%) женщин в сроке 3-6 месяцев после оперативного лечения. Средний бал по опроснику до операции составлял $148,4 \pm 56,3$, после операции – $28,7 \pm 25,4$.

Заключение. Несмотря на противоречивое отношение к использованию сетчатых имплантов при тазовом пролапсе эта методика остается одной из наиболее доступных и эффективных опций для лечения этой категории больных. Частота осложнений приемлема, и по нашим результатам не превышает 2,6% при высокой эффективности результатов лечения, которые пациенты оценивают как отличные (в соответствии с опросником PFDI-20). В связи с этим, при планировании внедрения технологий интравагинальной коррекции тазового пролапса необходимо, в основном, сосредоточится на обучении специалистов.

29. Сравнительная оценка результатов применения непрерывного и узлового шва для закрытия ран после геморроидэктомии

Маскин С.С., Хомочкин В.В., Надельнюк Я.В., Хомочкина Н.В.

Волгоград

ФГБОУ ВО «Волгоградский государственный медицинский университет»
министерства здравоохранения Российской Федерации

Актуальность проблемы. Геморрой является одним из самых частых проктологических заболеваний, по поводу которого выполняются хирургические вмешательства. Способы операций при геморрое достаточно разработаны, однако технические моменты восстановительного этапа геморроидэктомии (ГЭ) требуют дальнейшего совершенствования для обеспечения оптимальных условий заживления операционных ран анального канала, профилактики таких осложнений как кровотечение, некроз слизистой и стенки кишки, трещины анального канала, острый парапроктит и параректальные свищи, стриктуры прямой кишки, функциональные нарушения. Обеспечение заживления операционных ран анального канала по типу первичного натяжения позволит избежать многих осложнений, улучшит ближайшие и отдаленные функциональные результаты после ГЭ.

Цель работы. Оценить результаты применения непрерывного и узлового швов ран анального канала после ГЭ.

Материалы и методы. В настоящее клиническое исследование было включено 760 пациентов с III и IV стадиями хронического геморроя, которым выполнена ГЭ по Милиган-Моргану. В основной группе было 105 больных, которым закрывали 315 ран анального канала непрерывным швом викрилом, полисорбом, сафилом, максоном условных размеров 3/0-5/0. Культю ножки узла погружали в подслизистый слой, рану

ушивали той же нитью до перианальной кожи. В контрольной группе было 655 пациентов, которым 1965 ран анального канала ушивали узловыми швами теми же нитями. Заживление оценивали по клиническим и цитологическим данным, а также по шкале боли и длительности послеоперационного обезболивания.

Результаты и обсуждение. У всех 105 пациентов основной группы раны зажили первичным натяжением, быстро снижались болевые ощущения, нормализовался тонус сфинктера, первый акт дефекации малоболезненный, не было выявлено сужения анального канала. У пациентов контрольной группы раны заживали вторичным натяжением. Боли сохранялись до 8-10 суток, первый акт дефекации был болезненным, требовал назначения анальгетиков. Послеоперационные осложнения снижены с 16,5±0,4% до 6,0±0,3% ($p<0,05$); гнойно-воспалительные процессы в основной группе - 1,9±0,1% против 2,3±0,04% в контрольной ($p<0,05$); анальная недостаточность – 2,8±0,1% и 4,1±0,1% ($p<0,05$); в контрольной группе были ректальные кровотечения у 2,7±0,05% больных ($p<0,05$). В отдаленном периоде в контрольной группе деформация перианальной области выявлена у 5,3±0,1% пациентов, стриктура анального канала у 2,3±0,04% ($p<0,05$).

Выводы. Результаты клинического исследования показали, что ГЭ с закрытием ран анального канала непрерывным швом и погружением культи ножки в подслизистый слой имеет преимущества перед закрытием ран анального канала узловыми швами за счет снижения травматичности, уменьшения боли, частоты осложнений и сокращением реабилитации.

30. Ранние экстраабдоминальные послеоперационные осложнения в восстановительной колоректальной хирургии.

Щерба С.Н.^{1,2}, Бенсман В.М.¹, Щерба А.С.¹
Краснодар

¹ФГБОУ ВО Кубанский государственный медицинский университет

²ГБУЗ Научно-Исследовательский Институт - Краевая клиническая больница №1 им. проф. С.В. Очаповского.

Актуальность. Послеоперационные осложнения продолжают оставаться актуальной и до конца не решённой проблемой в современной хирургии. Наибольшую значимость этот вопрос приобретает в онкоколопроктологии. У этой категории пациентов интра- и экстраабдоминальные осложнения встречаются, по данным разных авторов, в 24-50% случаев. Лидирующее место среди них занимают патологии инфекционной природы, иногда приводящие к генерализации процесса и даже летальному исходу больных.

Цель – определить частоту экстраабдоминальных осложнений, возникших в раннем послеоперационном периоде у колопроктологических пациентов после восстановительных операций на кишечнике и обозначить некоторые пути их решения.

Материалы и методы. В электронную базу данных заносились сведения обо всех пациентах, оперированных в плановом порядке в колопроктологическом отделении НИИ-ККБ №1 г. Краснодара в 2015 - 2017 годах по поводу онкоколопроктологических заболеваний. За указанный период накопились сведения о 4047 больных. Согласно критерию включения (хирургические вмешательства по восстановлению кишечного тракта из срединного лапаротомного или из локального бокового доступа) в исследовании участвовали 474 пациента. Из них восстановление кишки с закрытием одноствольных коло-, либо илеостом из срединного лапаротомного доступа выполнено 301 больному. Закрытие петлевых кишечных стом из локального доступа произведено 173 пациентам. Мужчин было 259 человек (средний возраст 46±2,6), женщин – 215 (средний возраст 49±3,9). После стандартного обследования, коррекции сопутствующей патологии, предоперационной подготовки кишечника, тромбо- и антибиотикопрофилактики всем пациентам в плановом порядке производились восстановительные хирургические вмешательства на толстой и тонкой кишке под

эндотрахеальным наркозом при срединной лапаротомии и под перидуральной анестезией при закрытии стом из локального доступа.

Результаты и обсуждение. В раннем послеоперационном периоде у 36 (7,6%) больных возникли осложнения. Интраабдоминальных осложнений было 21 (4,4%), экстраабдоминальных – 15 (3,2%). Среди экстраабдоминальных осложнений преобладали патологии инфекционного характера. В восьми (1,7%) случаях произошли нагноения операционных ран (5 - срединной лапаротомной; 3 - стомальной). Причиной тому могло послужить не использование гидравлической компрессии антисептика, при промывании подкожной клетчатки через установленный в неё перфорированный сквозной дренаж, по разработанному нами способу. В одном (0,2%) случае развилась двусторонняя полисегментарная пневмония. Другие экстраабдоминальные осложнения имели не инфекционную этиологию. Так, у одного (0,2%) больного, на вторые послеоперационные сутки, возникло кровотечение из подкожной клетчатки срединной лапаротомной раны. В одном случае (0,2%) – эвентерация, без фонового нагноения раны. У двух (0,4%) пациентов (у одного на четвёртые сутки со дня операции, у другого на шестые) обнаружены, соответственно, гематома и “серома” подкожной клетчатки стомальных ран, потребовавшие снятия части кожных швов, опорожнения жидкостных скоплений. В одном (0,2%) случае у больного развились явления дисфункции мочевого пузыря, а ещё у одного (0,2%) - плексит. Своевременная интерпретация клинической картины, инструментальных и лабораторных исследований, отсутствие эффекта от консервативной терапии позволили дифференцированными способами провести лечение всех развившихся осложнений, избежав прогрессирования нарушений. Летальных исходов не было.

Вывод. В раннем послеоперационном периоде восстановительной хирургии кишечника нередко происходят осложнения как интра-, так и экстраабдоминального характера. В наших наблюдениях экстраабдоминальные осложнения составили почти половину (41,7%) всех случаев. Доминирующее место среди них (60%) занимали патологии инфекционного генеза, в частности, нагноения ран. Предупреждению раневого воспаления может, с большой долей эффективности, способствовать разработанный в нашей клинике и применяемый с неукоснительным соблюдением технологии оригинальный метод (патент на изобретение № 2482805 от 27.05.13).

31. Осложнения эндоскопического удаления доброкачественных новообразований толстой кишки

Фуныгин Д.В., Романенков С.Н., Жегалин Е.Ю., Мороз О.Р., Макарова А.В., Логинов Е.В.

Нефтеюганск

Бюджетное учреждение Нефтеюганская окружная клиническая больница имени В.И. Яцкив

Осложнения эндоскопического удаления доброкачественных новообразований толстой кишки. В структуре заболеваний толстой кишки доля доброкачественных новообразований составляет от 3,4 до 32% (Кузьмин-Крутецкий М.И., Солдатов А.И., 2014). Высокая вероятность их малигнизации требует активного ведения: ранней диагностики и удаления, динамического наблюдения. При этом наиболее доступными и достаточно эффективными являются эндоскопические методики: эндоскопическая полипэктомия, эндоскопическая резекция слизистой оболочки толстой кишки и эндоскопическая диссекция в подслизистом слое. Несмотря на улучшение технического обеспечения операций сохраняется высокая вероятность осложнений процедуры. Так, по литературным данным, кровотечением осложняются не менее 8,6% эндоскопических полипэктомий, перфорацией - 1,1 % (Dobrowolski S., Dobosz M., Babicki A., 2012). В то же время, при эндоскопической резекции слизистой оболочки кровотечения возникает в 4,1 %, перфорация - в 0,5 % случаев (Di Giorgio P., De Luca L., Calcagno G., 2012). В связи

с этим, изучение результатов эндоскопического лечения полипов толстой кишки является актуальной темой исследования для разработки мероприятий по профилактике осложнений.

Цель настоящего исследования заключается в оценке результатов эндоскопического удаления доброкачественных новообразований толстой кишки.

Материал и методы. Проведен ретроспективный анализ результатов лечения больных с доброкачественными новообразованиями толстой кишки, пролеченных в Бюджетном учреждении Нефтеюганская окружная клиническая больница имени В. И. Яцкив (г. Нефтеюганск) за период 2017 - 2018 гг. За анализируемый период выполнено 765 (79,2%) эндоскопических полипэктомий полипов 1 и 2 типа в соответствии с парижской классификацией (ГОД). При доброкачественных поражениях 0 и 3 типа выполнено 180 (18,6%) эндоскопических резекций слизистой оболочки и 20 (0,2%) диссекций в подслизистом слое при полипах 3 и 4 типа. Возраст оперированных колебался от 26 до 85 лет. Вмешательства выполнялись в условиях стационара. Одиночные полипы отмечены – у 64 % оперированных, множественные – у 36%. Полипы локализовались в прямой кишке - у 34,9% оперированных, сигмовидной – у 32,3%, в поперечно-ободочной – у 9,6%, нисходящей – у 9,9%, восходящей - у 7,1%, слепой – у 6,2% больных. По размерам удаленные образования варьировали от 0,5 до 4,0 см. По данным дооперационной биопсии преобладали тубулярные (68,8%) и тубулярно-ворсинчатые аденомы (16,9%). Гиперпластические полипы выявлены – у 5,9%, ворсинчатые – у 4,4% и зубчатые аденомы – у 4% пациентов. Результаты хирургического лечения оценивали по течению раннего послеоперационного периода.

Результаты и их обсуждение. Осложнения раннего послеоперационного периода развились у 13 (1,3%) пациентов. При анализе связи объема вмешательства и частоты кровотечений установлено следующее. При проведении эндоскопической полипэктомии кровотечение отмечено - у 6 (0,6 %) больных с полипами 2 типа и перфорация - у 1 (0,1 %) пациента с полипом 1 типа. После эндоскопической резекции слизистой оболочки кровотечение возникло - у 2 (0,2 %) больных с полипом 3 типа. Перфорации в этой группе больных отмечены - у 2 (0,2 %) пациентов. Помимо этого, перфорация возникла - у 2 (0,2%) больных, оперированных методом эндоскопической диссекции в подслизистом слое при полипе 3 и 4 типа. В течение первых суток выявлено 11 (1.1%) осложнений (кровотечение – у 7 (0.7%), перфорация – у 4 (0.4%)) и на вторые сутки - у 2 (0.2%) пациентов (кровотечение -1 (0.1%), перфорация – 1 (0.1%)). У 2 (0.2 %) больных кровотечение при применении резекции слизистой купировано консервативными мероприятиями. У 6 (0.6%) больных кровотечение остановлено при повторной колоноскопии путем аргоно-плазменной коагуляции кровоточащего сосуда и наложением клипсы. Лапаротомия потребовалась 5 больным (0.5 %). Летальных исходов в анализируемой группе не зарегистрировано.

Таким образом, доступность и высокая эффективность эндоскопических методов хирургического лечения доброкачественных новообразований толстой кишки может сопровождаться осложнениями у 1,3 % больных. Мероприятиями, которые позволят снизить число осложнений является выбор оптимального способа операции и повышение мастерства оперирующих специалистов.

32. Миниинвазивный способ декомпрессии толстокишечной опухолевой непроходимости

Зурнаджьянц В.А., Кчибеков Э.А., Закаев К.Ю.
Астрахань

ФГБОУ ВО Астраханский ГМУ Минздрава России

Актуальность. Значительное число больных колоректальным раком госпитализируется в общехирургические стационары с обтурационной кишечной непроходимостью. Лечение этих больных является сложной задачей для ургентных

хирургов. Послеоперационная летальность среди больных с данной патологией достигает 44%, а послеоперационные осложнения – 40%. Поэтому одной из актуальных проблем абдоминальной хирургии является разрешение толстокишечной опухолевой непроходимости при подготовке к дальнейшему хирургическому лечению рака толстой кишки. По данным литературы от 65% до 100% экстренных операций на толстой кишке как паллиативных, так и радикальных заканчиваются формированием колостомы.

Цель работы. Улучшение результатов лечения хирургических больных с острой толстокишечной непроходимостью опухолевого генеза.

Материал и методы. Для решения поставленной цели разработано дренажное устройство в виде трехканального трубчатого элемента, состоящего из большого канала, для отвода содержимого кишки, среднего канала для подачи в просвет кишки водного раствора и малого канала для рентгенконтрастной жидкости (патент на полезную модель РФ № 186128). Разрешение толстокишечной опухолевой непроходимости при подготовке к хирургическому лечению рака толстой кишки достигается за счет включения в зонд трехканального трубчатого элемента, состоящего из канала для отвода содержимого кишки, в котором размещен фиксатор с пункционной иглой, канала для промывания просвета кишки раствором фортранса и канала для рентгенконтрастной жидкости для контроля нахождения раздувного баллона в просвете кишки.

Результаты. Техника дренирования слепой кишки включала обработку операционного поля, после чего надсекалась кожа до 1,5 см в точке Мак-Бурнея справа. Далее через прокол под рентген-контролем проводился дренаж: прокалывалась передняя брюшная стенка и зонд заводился в просвет слепой кишки в забрюшинной её части. При этом точное местоположения эластичного баллона в просвете кишечника определяли, ориентируясь на положение рентген-контрастных колец, расположенных спереди и сзади эластического баллона. Убедившись в правильном нахождении эластичного раздувного баллона в просвете кишки, его раздували с помощью контрастного вещества. При этом баллон обеспечивал герметизацию между стенками кишечника и дренажом, стоящим в его просвете. Когда из просвета большого канала удалялась пункционная игла, наконечник приобретал форму лепестков, а по каналу начинало поступать кишечное отделяемое. Если содержимое кишечника было вязким, и большой канал закупоривался, то мы проводили промывку просвета кишки водным раствором фортранса, поступающим по среднему каналу. Тем самым достигалось одновременное введение жидкости, очищение, разжижение и эвакуация кишечного содержимого. Дополнительному разжижению содержимого кишечника способствовало вращения вокруг своей оси шести лепестков на наконечнике дренажа. После контрольной ревизии и оценка состояния дренажа, он подтягивался вместе со слепой кишкой к внутренней поверхности передней брюшной стенки и фиксировался к коже в правой подвздошной области. Рабочий образец заявляемого дренажа испытан на 8 больных с ОТКНОГ в хирургическом отделении №1 ГБУЗ АО ГКБ №3 им. С.М. Кирова г. Астрахани, и показал свою полную работоспособность.

Выводы. Преимущества разработанного дренажа по сравнению с существующими аналогичными устройствами следующие: 1. Дренирование и декомпрессия толстой кишки выполняется под рентгенологическим контролем без использования коагуляционных методов реканализации стенозирующей опухоли, что минимизирует риск повреждения кишки с развитием перфорации или кровотечения. 2. Выполнение хирургической операции происходит в экстренно-отсроченном порядке на 2-3 сутки от момента разрешения острой толстокишечной непроходимости, что позволяет не допустить дальнейшего распространения онкологического процесса. 3. Разработанное устройство обеспечивает более упрощенное выведение содержимого кишки, исключает травмирование стенок кишки, частое закупоривание дренажа, и тем самым уменьшает вероятность развития калового перитонита и, сопутствующего ему интоксикационного синдрома.

33. Анализ результатов применения реконструктивно-восстановительных операций с формированием анастомоза после обструктивной резекции кишечника

Абдулжалилов М.К., Иманалиев М.Р., Абдулжалилов А.М, Исаев Х.М-Р.
Махачкала

ФГБОУ ВО "Дагестанский государственный медицинский университет"

Актуальность. Рост числа пациентов с различными видами кишечных стом и неудовлетворенность хирургов результатами реконструктивно-восстановительных операций по восстановлению непрерывности кишечника формированием анастомоза свидетельствуют об актуальности данной проблемы до настоящего времени.

Цель работы - оценить результаты восстановления непрерывности кишечника после обструктивной резекции при опухолевой толстокишечной непроходимости.

Материал и методы. В работе представлен ретроспективный анализ результатов реконструктивно-восстановительных операций по восстановлению непрерывности кишечника формированием анастомоза у 55 пациентов после обструктивной резекции толстой кишки по поводу острой толстокишечной непроходимости. Средний возраст пациентов составил 56,6±9,6 лет. Среди них мужчин было - 41(74,6%), женщин – 14(25,5%). Пациенты по характеру стомы распределились следующим образом: цекостома -2(3,6%), трансверзостома -5(9,1%), десцендостома – 8(14,6%), сигмостома – 37(67,3%), илестома – 3(5,5%). На восстановление непрерывности кишечника после обструктивной резекции толстой кишки пациентов госпитализировали через 6 мес. после выполнения первой операции. За неделю до госпитализации рекомендовали тренировать отводящую петлю толстой кишки очистительными клизмами. Предоперационное обследование пациентов состояло в выполнении колоноскопии и ирригографии с целью выявления признаков другого заболевания или рецидива первичного, а также степени выраженности воспалительного процесса анастомозируемых петель. Кроме того, выполняли ФЛГ легких, УЗИ печени, парааортальных лимфоузлов, зоны предыдущей операции на наличие признаков рецидива заболевания, клинические анализы крови и мочи, биохимические исследования крови и уровня электролитов. Перорально назначали антибиотики в таблетках. Накануне вечером пациенты принимали фортранс по схеме. Перед операцией проводили санацию кожи вокруг стомы. Пациентам были выполнены следующие реконструктивные операции: цекостому 2 пациентам закрыли двухрядными узловыми швами локальным доступом. Остальным пациентам формировали толстокишечные анастомозы конец в конец или конец в бок швами Пирогова – Матешука (викрил 3/0, 2/0). Операцию завершали ретроградной интубацией анастомоза перфорированным желудочным зондом 20-22 фр. с оставлением боковых отверстий как до, так и после соустья. Ликвидацию илеостомы, выведенной после гемиколэктомии справа в условиях общего перитонита, выполняли путем формирования илео-трансверзанастомоза конец в конец или конец в бок швами Пирогова-Матешука (викрил 3/0) после ревизии отводящей петли на ее полную проходимость. При формировании илео-илеоанастомоза на расстоянии менее 5 см от илеоцекального угла выполняли ретроградную интубацию анастомоза через аппендикос- или цекостому с целью декомпрессии тонкой кишки до заживления анастомоза. Анастомозы толстой кишки с прямой формировали узловыми швами Пирогова-Матешука ручным способом. При этом вначале накладывали провизорные швы на заднюю губу анастомоза, затем таким же образом ушивали переднюю губу. Операцию завершали ретроградной интубацией анастомоза перфорированным зондом. При короткой культе отводящей петли ректосигмоидного отдела или при его полном отсутствии в брюшной полости, анастомоз формировали на дне малого таза сшивающим аппаратом СДН33А для циркулярных анастомозов.

Результаты и обсуждение. Послеоперационный период протекал в основном без каких-либо осложнений. Стул по интубационной трубке отмечали на 3-4 сутки после операции, после чего его из прямой кишки удаляли. Несостоятельность швов развилась

в 2(3,6%) случаях: у одной пациентки в возрасте 78 лет после ликвидации трансверзостомы путем формирования коло-колоанастомоза конец в конец непрерывным однорядным швом (викрил 3/0). У другой пациентки 69 лет развилась скрытая несостоятельность однорядного узлового шва Пирогова -Матешука после десцендо-ректоанастомоза конец в бок, которая зажила в результате консервативного лечения. Аппаратный анастомоз зажил без осложнений, хотя раннем послеоперационном периоде в течение 2 недель у пациента вечером регистрировали высокую температуру.

Выводы. Пациенты после обструктивной резекции кишечника должны находиться под диспансерным наблюдением, постоянным контролем оперирующего хирурга за течением послеоперационного периода, качеством жизни пациентов, наличием признаков местного рецидива опухоли или развития метастазов. Формирование кишечного анастомоза швами Пирогова-Матешука рассасывающимся шовным материалом дает хорошие результаты хирургического лечения. Ретроградное дренирование толстокишечного анастомоза позволяет предупредить развитие анастомозита, а также несостоятельности швов анастомоза и обеспечить благоприятное течение раннего послеоперационного периода. Низкие коло-ректальные анастомозы легче формировать современными циркулярными сшивающими аппаратами.

34. Диагностика и лечение недостаточности анального сфинктера у женщин

Саидова М.Х.¹, Курбонов К.М.^{1,2}, Назирбаева О.Ю.¹

Душанбе, Таджикистан

¹ГУ «Комплекс Здоровья Истиклол»

²Кафедра хирургических болезней №1 ТГМУ им. Абуали ибни Сино Душанбе,
Таджикистан

Актуальность проблемы. Недостаточность анального сфинктера – это заболевание, сопровождающееся произвольным отхождением газов и ректального содержимого, приводящее к снижению качества жизни больных с социальной дезадаптацией. Необходимо отметить, что недостаточность анального сфинктера (НАС) у женщин последнее время имеет тенденцию к увеличению, что обусловлено беременностью, осложнениями во время родов и послеродовом периоде, при родовспоможении и т.д. Важность рассматриваемой проблемы определяет социальная значимость этого заболевания, которое сопровождается ухудшением качества жизни пациентам.

Цель исследования – улучшение результатов хирургического лечения НАС у женщин.

Материал и методы. Располагаем опытом комплексной диагностики и хирургического лечения 92 пациенток с НАС. Возраст пациенток находился в пределах 19 до 77 лет и средний возраст составил 44,4±7,5 лет (p<0,005). Причиной НАС в 54 (58,7%) случаях являлась послеродовая недостаточность, в 18 (%) осложнения проктологических операций, в 13 (14,1%) собственно осложнения проктологических заболеваний и в 7 (7,6%) – идиопатическая НАС. В структуре послеродовой НАС родовые травмы и разрывы промежности в родах были на первом месте (29 из 54). По степени недержания кишечного содержимого: I степень НАС у 57 (61,9%) пациенток, II степень – у 24 (26,1%), III НАС – у 9 (9,8%). Наличие НАС устанавливали на основе жалоб клинического и специального обследования больных с проведением УЗИ, сфинктерометрии, а также МРТ.

Результаты и обсуждение. Анализ манометрии выявило наличие снижения давления в анальном канале при НАС II и III степени (40,3±2,2 мм рт. ст и 42,1±2,5 мм рт. ст). Показатели сфинктерометрии у пациенток этих же групп показало снижение показателей давления покоя – 37,7±3,2 мм рт. ст и 39,4±2,8 мм рт. ст., а давление волевого сокращения 78,4±2,8 мм рт. ст и 80,2±2,8 мм рт. ст. Проведенное эндоректальное УЗИ при НАС показало, что наличие дефектов сфинктерного аппарата с размерами не

превышены 1/3 его окружности в 51 наблюдениях. Обнаруженные дефекты сфинктера прямой кишки характеризовались по передней полуокружности. На основании комплексной многофакторной диагностики НАС в клинике разработаны объективные критерии выбора способов лечения НАС. Так, в 18 (19,6%) наблюдениях для лечения НАС применялись консервативные методы лечения, в 24 (26,1%) случаях применяли объемообразующие вещества и пропиленовые сетки, и в 50 (54,3%) хирургические методы коррекции. Отдаленные результаты различных методов лечения НАС были изучены у 69 пациенток в 92 в сроки от 6 месяцев до 3 лет. Сравнительный анализ качества жизни показало, что после хирургических методов коррекции НАС, в том числе усовершенствованных методик достоверно улучшилось социальное функционирование и психический компонент здоровья.

Выводы. Наряду с объективными методами исследования, манометрии, сфинктерометрии, эндоректальное УЗИ является высокоинформативным методом диагностики НАС, позволяющий выбрать патогенетически обоснованный метод лечения.

35. Причины развития рецидивного геморроя

Даминова Н.М.¹, Назаров М.Б.¹, Назирбаева О.Ю.²
Душанбе, Таджикистан

¹Кафедра общей хирургии №1 ТГМУ им. Абуали ибни Сино
²ГУ «Комплекс здоровья Истиклол»

Актуальность проблемы. Хронический геморрой (ХГ) и ее осложнения являются одним из самых распространенных колопроктологических заболеваний. Для лечения ХГ и ее осложнений наряду с консервативными методами лечения эффективно используют миниинвазивные и радикальные хирургические вмешательства. После различных методов лечения ХГ рецидив заболевания наблюдается от 1 до 8%, а после миниинвазивных методик достигает 20-30%. В этой связи весьма актуальным является изучение причин рецидивов геморроя (РГ) и методов ее лечения.

Цель исследования – изучение причин РГ и методов ее лечения.

Материалы и методы. В клинике за последние 5 лет выполнена 2500 операций по поводу ХГ и его осложнений. Отдаленные результаты в сроки от 1 года до 5 лет были изучены у 980 (39,2%) пациентов после различных по характеру и объему оперативных вмешательств. Наличие РГ было отмечено у 80 (8,1%) больных. Мужчин было 42 (52,5%), женщин – 38 (47,5%). Наличие РГ устанавливали на основании комплексного клинического, общепроктологического и специальных методов исследования, а также результатов клинико-лабораторно-инструментальных исследований.

Результаты и обсуждение. Тщательный анализ клинического материала показало, что РГ возник после следующих оперативных вмешательств: после миниинвазивной вмешательств 60 (75%), в 20 (25%) после радикальное геморроидэктомии. Изучение причин РГ позволило выявить основные факторы и причины ее возникновения: • Геморроидэктомия в поликлинических условиях поликлиники; • Некомпетентность оперирующего хирурга (отсутствие навыков в обследовании и лечении проктологических больных); • Продолжающееся действие отрицательных факторов (злоупотреблении спиртными напитками, острой и соленой пищи, профессиональные вредности), запоры; • Неполная или «экономная» геморроидэктомия; • Нерациональный выбор патогенетически обоснованного метода лечения геморроя (без учета стадии и характера осложнений); • Тактические и технические врачебные ошибки; • Сочетание нескольких причин; • Неизвестные причины. Для лечения РГ придерживались пациентам ориентированной хирургической тактике, основанной на разработанных объективных критериях. Так для лечения РГ в 52 (65%) наблюдениях применяли радикальную геморроидэктомию, в – 18 (22,5%) – малоинвазивные вмешательства и в 10 (12,5%) комбинированные методики. В раннем послеоперационном периоде осложнений не

отмечали. С целью снижения частоты повторных рецидивов заболевания пациентам назначали комплексное консервативное лечение с применением препаратов улучшающее формирование соединительной ткани (оротат магния, солкосерил и аскорбиновая кислота), а также назначали диетотерапию.

Выводы. Применение патогенетически обоснованных методов хирургического лечения ХГ в зависимости от стадии заболевания, характера осложнений с проведением комплексной противорецидивной консервативной терапии улучшают результаты лечения этого заболевания.

36. Особенности патогенеза хронического геморроя у женщин

Назирбаева О.Ю.¹, Курбонов К.М.^{1,2}, Саидова М.Х.¹, Бахронова Г.¹
Душанбе, Таджикистан

¹ГУ «Комплекс здоровья Истиклол»

²Кафедра хирургических болезней №1 ТГМУ им. Абуали ибни Сино

Актуальность проблемы. Хронический геморрой (ХГ) в структуре колопроктологических заболеваний у женщин занимает одно из ведущих мест и составляет 70-75%. ХГ у женщин имеет свои особенности развития такие этиологические факторы как беременность, частые роды являются одним из провоцирующих факторов развития ХГ. Наряду с вышеуказанными моментами предрасполагающими факторами возникновения ХГ у женщин является генетическая недостаточность соединительной ткани и дистрофические изменения в связке Паркса и мышцах Трейца, подтверждения сказанного является наличие у пациенток с ХГ различные проявления синдрома дисплазии соединительной ткани (СДСТ) – варикозное расширение вен нижних конечностей, грыжи живота, ректоцеле и т.д.

Цель исследования – изучить роль СДСТ в патогенезе ХГ у женщин.

Материал и методы. Для изучения этиопатогенеза ХГ у женщин, комплексному обследованию подвергнуто 180 женщин, которые были распределены на 3 группы. В первую группу были включены 60 беременных женщин с различными сроками беременности, во-вторую 60 женщин с ХГ сочетающейся с клиническими проявлениями СДСТ и в 3-ю группу были включены еще 60 пациенток, у которых не отмечали клинические проявления СДСТ. Для диагностики ХГ у женщин, а также изучения роли СДСТ в патогенезе заболевания больным проводили общее проктологические и гинекологические обследования, а также инструментальные и лучевые методы по показаниям. Наличие СДСТ устанавливали на основании определения фенотипических признаков ДСТ, а также исследования уровня магния и оксипролина в крови.

Результаты и обсуждение. Как известно одним из предрасполагающих факторов развития ХГ у женщин, является беременность и частые роды, негативно влияющие на соединительную ткань. Так вовремя беременности у женщин наблюдалось выраженные колебания показателей уровня магния и аскорбиновой кислоты. Так в I – триместре отмечали снижения уровня магния в сыворотке крови – в 11,4% случаев, в II – 19,3% и III – 46,2%. Для оценки метаболизма соединительной ткани (коллагена) исследовали уровень свободного оксипролина по триместрам. В I и II триместрах показатели свободного оксипролина в 1 и 2 группах достоверно не различались. В III триместре содержания свободного оксипролина у пациенток I и II группы оказалось достоверно высоким – 3,38 [2,98: 3,82] против – 2,94 [2,47:3,17] нг/мл. Более выраженные изменения в показателях маркеров ДСТ было отмечено у пациенток 2 группы. В эритроцитах содержания магния было достоверно ниже у такового у женщин III группы – 1,3 [0,95:1,69 ммоль/л] против 1,70 [1,62:1,91 ммоль/л]. Нарушение обмена соединительной ткани сопровождалось гиперкатаболизмом коллагена, гликоаминогликанов и повышенной деградацией протеогликанов межклеточного вещества. При этом содержание свободного оксипролина составило – 3,40 [3,01:3,83] против 2,96 [2,49:3,19] нг/мл пациенток III группы. Полученные данные свидетельствуют о ведущей роли

нарушения метаболизма соединительной ткани в патогенезе ХГ у женщин, которое способствует дегенеративно-дистрофическим изменениям в связке Паркса и мышцах Трейца.

Выводы. Гипомагниемия и повышенный катаболизм свободного оксипролина в крови свидетельствуют о важной роли СДСТ в патогенезе ХГ у женщин.

37. Сравнение методов закрытия стомальной раны после реконструктивно-восстановительных операций

Тимербулатов М.В., Ибатуллин А.А., Гайнутдинов Ф.М., Куляпин А.В., Аитова Л.Р., Аминова Э.М., Эйбов Р.Р., Суфияров Р.Р.

Уфа
ГБУЗ РБ ГКБ№21 г.Уфа

Актуальность: хирургическое лечение ряда заболеваний толстой кишки заканчивается формированием стом. Решением данной проблемы является выполнение реконструктивно-восстановительной операции (РВО) по восстановлению кишечной непрерывности с ликвидацией стомы. По данным отечественных и зарубежных авторов остается дискуссионным вопрос об оптимальном выборе метода ликвидации кожного дефекта, на месте расположения стомы.

Цель исследования: изучить результаты проведенных РВО у пациентов с кишечной стомой, которым при закрытии кожного дефекта был наложен кисетный шов и линейные узловые швы.

Материалы и методы: на базе отделения колопроктологии ГКБ №21 г. Уфы в период с 2015 по 2018 гг. выполнено 34 РВО с закрытием кожной раны, на месте ранее существовавшей стомы, кисетным швом и 27 РВО с закрытием кожной стомальной раны наложением линейных узловых швов.

Полученные результаты: сроки наблюдения составили от 1 до 3-х лет. У всех 34-х пациентов из основной группы не выявлено осложнений в послеоперационном периоде, сформировался мягкий рубец звездчатой формы, удалось добиться хороших результатов. У пациентов из контрольной группы наблюдалось формирование патологического послеоперационного рубца у 16 больных, нагноение послеоперационной раны у 3х пациентов, расхождение кожных швов у 5 больных.

Выводы: удалось добиться отсутствия послеоперационных осложнений и отличного косметического и эстетического эффекта, при закрытии кожной раны кисетным швом.

38. Оценка эффективности комбинированной лекарственной терапии при лечении геморроидальной болезни в амбулаторных условиях

Белик Б.М.¹, Ковалев А.Н.¹, Хатламаджиян А.Л.²
Ростов-на-Дону

¹ФГБОУ ВО «Ростовский государственный медицинский университет» Минздрава РФ

²МБУЗ «Городская больница № 1 им. Н.А.Семашко»

Актуальность. В настоящее время консервативное лечение геморроя включает общее и местное применение комбинированных лекарственных средств, которые в разных сочетаниях могут содержать противовоспалительные, обезболивающие, антимикробные, склерозирующие, антикоагулянтные агенты, а также флеботоники и репаранты. При этом оптимальный вариант комбинации средств для общего и местного лечения геморроя точно не установлен и продолжает обсуждаться. В последние годы появились данные, указывающие на возможность применения флеботропных препаратов в комбинации с топическими средствами, оказывающими прямой антикоагулянтный эффект в комплексной медикаментозной терапии у пациентов с

острым геморроем, а также после хирургического лечения хронической формы заболевания. Однако остается не вполне ясным вопрос, оказывает ли существенное влияние на лечебную эффективность сочетанное применение флеботоников и антикоагулянтов, потенцируют ли они друг друга, являются ли они необходимыми и, следовательно, обязательными компонентами оптимальной программы консервативного лечения геморроидальной болезни.

Цель исследования: оценить клиническую эффективность применения микронизированной очищенной флавоноидной фракции (препарат Детралекс) в комбинации с топическим лекарственным средством «Детрагель» в комплексном лечении больных острым и хроническим геморроем в амбулаторных условиях.

Материал и методы. В клиническое исследование были включены 170 пациентов острым и хроническим геморроем, находившихся на лечении в амбулаторных условиях и в режиме стационара «одного дня» в 2018-2019 гг. 60 (35,3%) больных были лицами мужского пола, в 110 (64,7%) наблюдениях геморроидальная болезнь отмечалась у женщин. Возраст больных варьировал от 18 до 75 лет. У 93 (54,7%) пациентов наблюдался острый геморрой II-III степени и у 77 (45,3%) – хронический геморрой III-IV стадии с ярко выраженным болевым синдромом. У 108 (63,5%) пациентов была выполнена геморроидэктомия с использованием радиоволнового хирургического аппарата «Сургитрон» или биполярного коагулятора «EnSeal». Все пациенты были разделены на две рандомизированные группы, сопоставимые по полу, возрасту и выраженности клинических проявлений заболевания. I группу (группу сравнения) составили 86 пациентов, которые получали стандартный курс медикаментозной терапии (ненаркотические анальгетики, нестероидные противовоспалительные средства и местные комбинированные обезболивающие препараты). Во II (основную) группу были включены 84 пациента, у которых помимо стандартного курса медикаментозного лечения дополнительно применяли флеботонический препарат Детралекс (микронизированный диосмин, гесперидин, диосметин, линарин и изороифолин) и топическое комбинированное средство «Детрагель». В состав лекарственного средства «Детрагель» в качестве основного действующего вещества входит гепарин натрия, являющийся антикоагулянтом прямого действия, который препятствует тромбообразованию, вызывает ускорение процесса растворения микротромбов в области подкожных капилляров и активацию фибринолитической системы, способствуя улучшению микроциркуляции и ускорению регенерации соединительной ткани. В качестве дополнительных компонентов в состав «Детрагеля» входят эссенциальные фосфолипиды, которые вызывают уменьшение агрегации тромбоцитов и снижение вязкости крови, а также венотонизирующее средство эсцин, способствующее уменьшению ломкости капилляров и повышению тонуса стенок венозных сосудов. При остром геморрое препарат Детралекс 1000 мг назначали по 1 таблетке 3 раза в сутки в течение 3-4-х дней, затем по 1 таблетке 2 раза в сутки. У больных, которым производилась геморроидэктомия, Детралекс 1000 мг назначался в течение 5 дней до операции и 8-10 дней после операции (по 1 таблетке 2 раза в сутки). Препарат местного действия «Детрагель» наносили на стерильную салфетку и накладывали на воспаленные наружные геморроидальные узлы или послеоперационную рану анальной области, меняя салфетку 2 раза в день. Результаты лечения в обеих группах больных оценивались по наличию симптомов заболевания и осложнений после операции. Выраженность болевого синдрома оценивали по 5-балльной вербальной рейтинговой шкале оценки боли (Verbal Rating Scale, VRS). Качество жизни пациентов оценивали с помощью стандартного опросника SF-36 с использованием специального онлайн-калькулятора для подсчета параметров физиологического и психического компонентов здоровья.

Результаты и обсуждение. Установлено, что у пациентов II группы, получавших препарат Детралекс в комбинации с топическим лекарственным средством «Детрагель», уже через 5 суток после начала лечения в 86,9% случаев отмечается улучшение состояния. При этом во II группе больных наблюдалось достоверное снижение выраженности болевого синдрома в 5 раз, зуда и жжения в анальном канале – в 4 раза,

перианального отека – в 3 раза по сравнению с пациентами I группы. При этом у пациентов II группы болевой синдром был купирован на $3,2 \pm 1,5$ сутки, тогда как у больных I группы – лишь на $7,8 \pm 2,5$ сутки. Результаты оценки качества жизни пациентов в динамике лечения показали, что 96,5% пациентов II группы на 10-е сутки от начала лечения оценивали свой физический и психологический компоненты здоровья достоверно выше по сравнению с больными I группы в аналогичные сроки. Трудоспособность пациентов II группы восстанавливалась в среднем на $4,1 \pm 1,3$ сутки, в то время как у больных I группы – только на $9,2 \pm 1,6$ сутки. Сравнительная оценка результатов лечения пациентов в I и II группах показала следующее. В I группе хорошие результаты лечения были получены у 72 (83,7%) пациентов, удовлетворительные результаты – у 9 (10,5%) и неудовлетворительные результаты – у 5 (5,8%) больных. Во II группе хорошие результаты лечения отмечены у 80 (94,1%) пациентов, удовлетворительные результаты – у 4 (4,7%) и неудовлетворительные результаты – лишь у 1 (1,2%) пациента. Таким образом, у пациентов II группы, получавших препарат Детралекс в комбинации с топическим лекарственным средством «Детрагель» независимо от степени выраженности проявлений заболевания получены лучшие результаты лечения по сравнению с больными I группы. При этом каких-либо осложнений, связанных с применением этих препаратов, у пациентов II группы нами не отмечено.

Выводы. Таким образом, применение препарата Детралекс в комбинации с топическим лекарственным средством «Детрагель» в комплексном лечении острого геморроя и хронической формы геморроидальной болезни с ярко выраженным болевым синдромом является патогенетически обоснованным и клинически оправданным. Рациональная комбинация активных лекарственных компонентов (микронизированная флавоноидная фракция в сочетании с антикоагулянтом прямого действия и дезагрегантами), обладающих фармакологическим синергизмом и обеспечивающих взаимный потенцирующий эффект, способствует повышению эффективности медикаментозной терапии геморроя и его осложнений. При этом комбинированная лекарственная терапия в одинаковой мере эффективна как при лечении острого геморроя, так и при ее применении в периоперационном периоде у пациентов геморроидальной болезнью, подвергнутых хирургическому воздействию. В этом случае клинический эффект лечения проявляется в более быстром устранении отека и воспаления, уменьшении выраженности тромбоза геморроидальных узлов, купировании болевого синдрома, сокращении сроков реабилитации и повышении показателей качества жизни пациентов. В целом это позволяет увеличить число хороших результатов лечения геморроя с 83,7% до 94,1%, то есть на 10,4%.

39. Опыт применения робота Да Винчи в хирургии заболеваний толстой кишки

Тимербулатов М.В., Ибатуллин А.А., Эйбов Р.Р., Урманцев М.Ф., Денейко А.С.
Уфа

ФГБОУ ВО БГМУ Минздрава России

Актуальность. Одним из современных и актуальных направлений в эндоскопической хирургии является применение роботических установок. Наиболее активное применение роботической техники получило в онкоурологии и хирургии рака прямой кишки.

Цель исследования: оценить преимущества и результаты применения робота Да Винчи в колоректальной хирургии.

Материал и методы. В 2018 году на базе клиники БГМУ города Уфы был открыт центр роботической хирургии. С 2018 по 2019 годы выполнено 37 операций на толстой кишки. По полу среди пациентов было 15 женщин (40,5%) и 22 мужчин (59,5%). Из них 27 (72,9%) пациентов были пациенты, оперированные по поводу рака толстой кишки. Наибольшее число выполнено резекций прямой кишки, среди которых были и пациенты с доброкачественными опухолями – 29 (80,6%).

Результаты и их обсуждение. В среднем длительность операции составила 255 минут, что в примерно на 90 минут длительнее при сравнении с лапароскопическими операциями, что по большей части объяснимо техническими особенностями установки Да Винчи. Среди оперированных ни в одном случае не было конверсии. В послеоперационном периоде было отмечено 2 случая (5,4%) несостоятельности анастомоза. В первом случае развился летальный исход в связи развитием сосудистой недостаточности кишечника. Второй случай потребовал дополнительной санации брюшной полости.

Заключение. Первые операций в хирургии рака толстой кишки на роботической системе Да Винчи показывает возможность их безопасного и качественного с онкологической точки зрения выполнения. Помимо высокой стоимости оборудования и расходных материалов стоит отметить ограниченность применения роботической техники при резекции толстой кишки в нескольких этажах брюшной полости. Робот Да Винчи предоставляет неоспоримые преимущества в хирургии опухолей прямой кишки, позволяя добиться более качественного выполнения тотальной мезоректумэктомии и лимфодиссекции. Безусловно данное направление требует дальнейшего изучения и имеет большие перспективы в развитии колоректальной хирургии.

40. Тактика хирурга при опухолевой толстокишечной непроходимости

Абдулжалилов М.К., Иманалиев М.Р., Абдулжалилов А.М.
Махачкала

ФГБОУ ВО «Дагестанский государственный медицинский университет МЗ РД» МЗ РФ

Наблюдается рост числа пациентов с опухолевой толстокишечной непроходимостью. Множественность локализации опухолей толстой кишки вынуждает хирургов дифференцировать тактику хирургического лечения.

Цель исследования – оценить эффективность хирургического лечения пациентов с толстокишечной непроходимостью опухолевого генеза.

Материал и методы. В работе представлен анализ результатов хирургического лечения 97 пациентов с опухолевой острой толстокишечной непроходимостью. Все пациенты были госпитализированы в экстренном порядке с клинической картиной острой кишечной непроходимости. Из них мужчин было 39(40,2%), женщин – 58(59,8%). Установлено, что женщины чаще страдают опухолевой толстокишечной непроходимостью, чем мужчины, а соотношение мужчин и женщин составило 1:1,5. По возрасту пациенты распределились следующим образом: до 40 лет – 5 (5,2%), с 41 до 60 лет – 35 (36,1%), с 61 до 80 лет – 46 (47,4%), старше 80 лет – 11 (11,7%). По локализации опухоли пациенты распределились следующим образом: сигмовидная кишка – 46(47,4%), поперечно-ободочная - 17(17,5%), слепая – 9(9,3%), восходящая ободочная кишка – 7(7,2%), ректосигмоидный отдел – 8(8,3%), прямая кишка – 4(4,1%), селезеночный угол – 3(3,1%), нисходящая ободочная кишка – 2(2,1%), печеночный угол -1(1,0%). Таким образом, наибольшую долю среди всех пациентов составили пациенты в возрасте от 61 до 80 лет, а по локализации опухоли - сигмовидная кишка. Все пациенты обратились за экстренной хирургической помощью позже суток от начала заболевания. Среди них в городской местности проживали 71(73,2% пациентов, остальные 26(26,8%) - в сельской, соотношение 2,7:1, что указывает на влияние экологии и образа жизни на развитие опухоли толстой кишки. По степени выраженности явлений кишечной непроходимости пациенты распределились следующим образом: 11 (11,3%) пациентов поступили в компенсированной и субкомпенсированной стадии непроходимости. В стадии декомпенсации доставлены 79 (81,4%) пациентов. Из них в легкой степени декомпенсации - 11(11,3%) пациентов, средней степени - 31(32,1%) и в тяжелой - 55(56,7%). При госпитализации всем пациентам выполняли обзорную рентгенографию органов брюшной полости стоя на наличие чаш Клойбера, УЗИ органов брюшной полости на наличие выпота и метастазов, увеличенных лимфоузлов, состояние

кишечных петель и наличие маятникообразных движений содержимого, а также анализы крови и мочи. С целью верификации локализации опухоли выполняли экстренную колоноскопию, а при необходимости и ирригографию. Ввиду отсутствия эффекта от консервативной терапии всего было оперировано 86 (88,7%) пациентов. Субоперационно обнаруживали значительно расширенную толстую кишку до 8-10 см. У 2 (2,1%) пациентов с obturацией печеночного угла толстой кишки наступил некроз стенки слепой кишки вследствие чрезмерного расширения кишки и нарушения микроциркуляции. Субоперационную декомпрессию толстой кишки применяли при расширении терминальных петель подвздошной кишки. Выполняли илеотомию в 15 см от илеокального угла. Через илеотомическое отверстие в тонкую кишку вводили толстую эндотрахеальную трубку № 8-9, в просвете кишки раздували ее манжету. Вначале аспирировали содержимое тонкой кишки, затем трубку через баугиневую заслонку вводили в толстую кишку и производили аспирацию содержимого толстой кишки путем сдавливания содержимого в сторону интубационной трубки. С целью предупреждения присасывающего эффекта слизистой к аспирационной трубке в последнюю вводили толстую иглу. Энтеротомную рану ушивали однорядным швом (викрил 2/0). Другие способы декомпрессии толстой кишки во время операции у нас оказались малоэффективными. Декомпрессия толстой кишки значительно облегчала проведение основного этапа операции. При правосторонней локализации опухоли 17 (19,8%) выполнили правостороннюю гемиколэктомию с формированием первичного илеотрансверзоанастомоза «конец в конец» или «бок в бок» по выбору оперирующего хирурга однорядными узловыми швами Пирогова-Матешука (викрил 2/0) и с ретроградной интубацией анастомоза перфорированным хлорвиниловым зондом 20 фр. При диагностировании опухоли поперечно-ободочной кишки, которая сопровождалась у 3 пациентов еще и перфорацией опухоли, в 17 (19,8%) случаях выполнили ее обструктивную резекцию с выведением концевой трансверзостомы. При локализации стенозирующей опухоли в селезеночном углу и нисходящей части ободочной кишки 5(5,8%) пациентам выполнили левостороннюю гемиколэктомию с выведением концевой трансверзостомы. При стенозирующей опухоли сигмовидной кишки 46(47,4%) пациентам выполнили операцию Гартмана. При локализации опухоли в прямой кишке для ликвидации кишечной непроходимости 2 (50,0%) пациентам сформировали петлевую сигмостому. 2 пациентам старческого возраста с длительной кишечной непроходимостью в крайне тяжелом состоянии и наличии тяжелой сопутствующей патологии со стороны сердечно-сосудистой и дыхательной систем, а также противопоказаний к общей анестезии, под местной анестезией формировали цекостому с интубацией восходящей кишки толстым двухпросветным кишечным зондом диаметром 1,5 см с целью декомпрессии толстой кишки и ликвидации острой кишечной непроходимости. В послеоперационном периоде толстую кишку ежедневно 2-3 раза промывали раствором фурацилина и полностью очищали от каловых масс. После улучшения состояния пациента выполняли трансфистульную колоноскопию с биопсией и ирригографию для уточнения локализации опухоли и определения тактики дальнейшего хирургического лечения. При выведении концевой колостомии выполняли ее интубацию толстой эндотрахеальной трубкой №8-9 с целью декомпрессии, на следующий день надевали калоприемник соответствующего размера, что значительно облегчало уход за пациентами и позволяло начать их раннюю активизацию. В раннем послеоперационном периоде пациенты получали антибактериальную и инфузионную терапии, анальгетики, медикаментозную профилактику пареза желудочно-кишечного тракта, проводили дыхательную гимнастику. Активизировали пациентов со вторых суток после операции. Энтеральное питание начинали жидкими блюдами с третьих суток.

Результаты. Послеоперационный парез желудочно-кишечного тракта купировался на 3-5 сутки после операции. Снижались показатели внутрибрюшного давления. Такая тактика позволила снизить частоту послеоперационных осложнений и летальности среди данной группы пациентов.

Заключение. Рост числа пациентов со стенозирующими опухолями толстой кишки требует от хирурга придерживаться наиболее оптимальной хирургической тактики. Наиболее распространенной локализацией стенозирующей опухоли толстой кишки оказалась сигмовидная кишка. При правосторонней локализации стенозирующей опухоли наиболее эффективным было выполнение правосторонней гемиколэктомии с формированием первичного илеотрансверзоанастомоза, т.к. отводящая толстая кишка была пустой и очищенной от каловых масс. При левосторонней локализации опухоли наиболее оптимальной была обструктивная резекция кишки с удалением опухоли, т.к. не подготовленная толстая кишка, выраженная инфильтрация ее стенки, значительная разница диаметров приводящей и отводящей петель не позволяли формирование первичного анастомоза без риска развития несостоятельности швов. При локализации опухоли в прямой кишке целесообразным оказалось формирование петлевой сигмостомы. Для пациентов пожилого и старческого возраста с запущенной толстокишечной непроходимостью рекомендуем двухэтапные операции: вначале формировать самую простую проксимальную декомпрессивную стому, а в последующем после улучшения общего состояния, всестороннего обследования, уточнения локализации стенозирующей опухоли и отсутствии абсолютных противопоказаний к операции выполнить радикальное вмешательство. Наш опыт показал, что соблюдение этих условий позволяет улучшить результаты лечения пациентов с толстокишечной непроходимостью опухолевого генеза.

41. Возможность хирургического лечения геморроидальных кровотечений у коморбидных пациентов

Цицкарава А.З., Демин А.Н., Корольков А.Ю., Хубулава Г.Г.
Санкт-Петербург
ГБОУ ВО "ПСПбГМУ им. акад. И.П. Павлова" МЗ РФ

Актуальность проблемы. В структуре заболеваний колопроктологического профиля геморрой остается одной из самых распространенных (41%) и обсуждаемых патологий. Геморроидальные кровотечения могут быть регулярными и достаточно интенсивными независимо от стадии заболевания. С развитием современных минимально инвазивных технологий лечение геморроя становится более эффективным и отличается коротким периодом реабилитации. Однако если рассматривать группу пациентов с геморроидальными кровотечениями старшего возраста – выбор метода хирургического лечения зачастую ограничен ввиду наличия сопутствующей патологии. На сегодняшний день самым частым коморбидным фоном у пациента старше 40-45 лет является сердечно-сосудистая патология. В связи с высоким риском тромботических осложнений, многие пациенты вынуждены получать регулярную антиагрегантную или антикоагулянтную терапию. Медикаментозная гипокоагуляция обуславливает прогрессирование частоты и интенсивности геморроидальных кровотечений. Отсутствие унифицированного протокола ведения пациента с хроническим геморроем и высоким риском сердечно-сосудистых осложнений оставляет вопрос о выборе и возможности хирургического лечения дисскутабельным.

Цель работы. Определение тактики ведения и возможности хирургического лечения пациента с геморроидальными кровотечениями и сопутствующей сердечно-сосудистой патологией на фоне медикаментозной гипокоагуляции.

Материалы и методы. В период 2018-2019 год на базе НИИ хирургии и неотложной медицины ПСПбГМУ им. акад. И.П. Павлова проведено проспективное исследование, включающее пациентов с хроническим комбинированным геморроем 2-4 стадии, геморроидальными кровотечениями и сопутствующей сердечно-сосудистой патологией. В исследуемую группу (n=45) вошли пациенты, получающие антиагрегантную (моно- и двойная терапия) и антикоагулянтную (антагонисты витамина К, НОАК). Кардиоваскулярная патология у пациентов была представлена: ишемической болезнью

сердца, приобретенными пороками сердца, аритмией (фибрилляция предсердий) и нарушением проводимости (синдром слабости синусового узла) и тромбоэмболией легочной артерии; 61 % пациентов перенесли кардиохирургическое вмешательство в анамнезе. Контрольную группу (n=41) представляли пациенты с геморроем 2-4 стадии с отсутствием коморбидного фона. Пациентам исследуемой группы была выполнена доплер-контролируемой дезартеризации внутренних геморроидальных узлов на фоне продолжающейся медикаментозной гипокоагуляции. В контрольной группе проводилась операция Миллигана-Моргана с отменой антиагрегантной и антикоагулянтной терапии за 7-10 дней до хирургического вмешательства.

Результаты и обсуждение. Медиана интраоперационной кровопотери в исследуемой группе составила $M=30,8\pm 12,6$ (от 10 до 80 мл). В контрольной группе данный показатель был достоверно выше $M=140,4\pm 16,6$ (от 60 до 250 мл) при $p=0,0002$. Меньшая интраоперационная кровопотеря (при доплер-контролируемой дезартеризации геморроидальных узлов) играет немаловажную роль для пациента с отягощенным кардиологическим анамнезом. Преимуществом доплер-контролируемой дезартеризации геморроидальных узлов являются длительность операции и возможность любого анестезиологического пособия, что особенно важно для пациента с перенесенным кардиохирургическим вмешательством в анамнезе. Болевой синдром в исследуемой группе пациентов в среднем составлял $M=2,0$ (от 1 до 3 баллов) при $p=0,0001$, в отличие от контрольной группы, где данный показатель был равен $M=5,0$ (от 3 до 5 баллов). Выраженный болевой синдром после геморроидэктомии влияет на нормальную сердечную деятельность и может послужить причиной стенокардитического приступа или нарушения ритма. Среднее количество койко-дней в исследуемой группе составляло $M=6,0$ (от 3 до 12 дней) при $p=0,0007$. В группе контроля число койко-дней было вдвое выше $M=14,0$ (от 8 до 19 дней). Меньшее количество койко-дней, которые требуется для реабилитации и восстановления прежней антитромботической терапии, в случае доплер-контролируемой дезартеризации внутренних геморроидальных узлов с мукопексией делают данный вид операции более экономически выгодным в сравнении с геморроидэктомией по Миллигану-Моргану с длительным периодом отмены и возобновления антикоагулянтной терапии. Значимых геморрагических и тромботических осложнений в исследуемой группе не зафиксировано.

Выводы. Доплер-контролируемая дезартеризация внутренних геморроидальных узлов – эффективный и безопасный метод лечения геморроидальных кровотечений у пациентов с кардиоваскулярной патологией, который возможно выполнять без отмены антиагрегантной и антикоагулянтной терапии.

42. Применение высокочастотной радиоволновой хирургии в лечении заболеваний анального канала в амбулаторной практике

Белик Б.М.¹, Ковалев А.Н.¹, Хатламаджиян А.Л.²
Ростов-на-Дону

¹ФГБОУ ВО «Ростовский государственный медицинский университет» Минздрава РФ, ²МБУЗ «Городская больница № 1 им. Н.А. Семашко»

Актуальность. В настоящее время в связи с развитием стационарозамещающих технологий в клинической практике все большее распространение получают миниинвазивные методы лечения хирургических заболеваний в амбулаторных условиях. В этом случае одной из наиболее приоритетных задач хирургической колопроктологии является разработка и внедрение новых миниинвазивных способов лечения заболеваний анального канала в амбулаторных условиях. Одним из таких миниинвазивных способов является радиоволновый метод, который в настоящее время широко используется в амбулаторной хирургии, гинекологии и колопроктологии. При этом принято считать, что хирургические аппараты для радиоволновой хирургии должны использоваться в

диапазоне частот 3,8-4,0 МГц, в котором повреждение тканей является минимальным. Учитывая достаточно большой спектр миниинвазивных хирургических технологий, применяемых в настоящее время в амбулаторной колопроктологии, представляется важным оценить возможности и клиническую эффективность метода радиоволновой хирургии в лечении различных заболеваний анального канала.

Цель исследования: показать возможности применения высокочастотного радиоволнового хирургического аппарата «Сургитрон» в амбулаторных условиях и оценить клиническую эффективность этого метода в лечении различных заболеваний анального канала.

Материал и методы. Клинический материал составили 436 пациентов с различными заболеваниями анального канала, находившихся на амбулаторном лечении и в стационаре «одного дня» за период с 2015 по 2018 гг. В 190 (43,6%) случаях заболевания анального канала наблюдалась у лиц мужского пола и в 246 (56,4%) – у женщин. Возраст больных варьировал от 18 до 61 лет. Все данные пациенты были подвергнуты хирургическому лечению с использованием аппарата для высокочастотной радиоволновой хирургии «Сургитрон». В амбулаторных условиях пациентам проводились следующие оперативные вмешательства: иссечение геморроидальных узлов по Миллигану - Моргану при хроническом внутреннем геморрое III-IV степени (52 пациента), иссечение тромбированных внутренних и наружных геморроидальных узлов (75 пациентов, в том числе у 24 беременных в III триместре), иссечение хронической анальной трещины (101 пациент), одномоментное иссечение геморроидальных узлов и анальной трещины (19 пациентов), удаление доброкачественных новообразований перианальной области и анального канала (85 пациентов), радикальное иссечение подкожно-подслизистых, трансфинктерных и экстрасфинктерных свищей прямой кишки (56 пациентов), удаление гипертрофированных анальных сосочков и наружных анальных бахромок (48 пациентов). После оперативного лечения пациенты находились под наблюдением медицинского персонала в течение 1-2 часов, после чего направлялись домой (как правило, на личном автотранспорте в сопровождении родственников). Кроме того, обязательным условием для проведения хирургического лечения в амбулаторных условиях являлось наличие постоянного телефонного контакта с пациентом в течение 7-8 дней после операции.

Результаты и обсуждение. Из 436 пациентов с заболеваниями анального канала, которым проводилось лечение с использованием радиоволнового хирургического аппарата «Сургитрон» в амбулаторных условиях, у 423 (97,0%) получены хорошие и удовлетворительные результаты. Лишь у 13 (3,0%) пациентов были отмечены различные осложнения при использовании этого метода. У 6 (1,4%) больных отмечалось кровотечение из зоны оперативного вмешательства, что потребовало проведения дополнительного гемостаза посредством прошивания и лигирования кровоточащего сосуда. У 7 (1,6%) больных наблюдалось развитие острого подкожно-подслизистого парапроктита в зоне хирургического вмешательства, что потребовало в дальнейшем вскрытия и дренирования гнойников. Общее время нахождения пациента в стационаре «одного дня» не превышало в среднем $3,3 \pm 1,2$ часа. 98,4% пациентов в послеоперационном периоде оценивали свое самочувствие как «хорошее» и «очень хорошее». Трудоспособность больных была восстановлена на $4,1 \pm 1,3$ сутки после операции. При этом полная эпителизация ран анального канала при использовании аппарата «Сургитрон» наступала у больных через $29,4 \pm 2,8$ суток после хирургического вмешательства. Также следует отметить, что забранный для гистологического исследования материал с помощью радиоволнового скальпеля качественно отличался от материала, полученного при использовании электрокоагулятора. В таком материале было минимальное количество поврежденных клеток и отсутствовало обугливание тканей, что позволяло готовить гистологические срезы высокого качества и имело большое значение при верификации новообразований анального канала.

Выводы. Метод высокочастотной радиоволновой хирургии при лечении заболеваний анального канала в амбулаторных условиях имеет ряд несомненных преимуществ, к

числу которых следует отнести следующие: минимальное повреждение тканей, бактерицидное воздействие радиоволн на зону хирургического вмешательства, работа в «сухом» операционном поле, ускоренная регенерация тканей после операции и хороший косметический эффект. Применение радиоволнового хирургического аппарата «Сургитрон» при лечении заболеваний анального канала позволяет существенно уменьшить степень травматичности оперативного вмешательства, способствует более быстрому регрессу отека и воспаления в послеоперационном периоде, минимизирует риск развития инфекционно-воспалительных осложнений и обеспечивает ускорение процессов регенерации тканей в зоне воздействия радиоволнового скальпеля. В свою очередь, это позволяет значительно сократить сроки лечения и в большинстве случаев добиться радикального излечения заболевания в амбулаторных условиях с минимальной затратой времени пребывания пациента в лечебном учреждении и ранним восстановлением его трудоспособности.

43. 5 летний опыт наложения кишечных стом пациентам в проктологическом отделении ГБУ РО РОКБ

Балин Н.И., Дударев С.И.
Ростов-на-Дону

ГБУ РО Ростовская областная клиническая больница

Актуальность: в настоящий момент, основываясь на нашем клиническом опыте, не смотря на развитие хирургической техники и медицинской аппаратуры, появления и широкого применения современных сшивающих аппаратов количество пациентов, которым требуется наложение временной или постоянной кишечной стомы не уменьшается. В ряде случаев это связано с поздней диагностикой ВЗК, либо при злокачественных новообразованиях, осложненных развитием острой толстокишечной непроходимости. У значительной группы пациентов формируется постоянная кишечная стома при низких локализациях злокачественных новообразований прямой кишки, тотальном поражении толстой кишки при болезни Крона и т.д. У большого процента пациентов имеют место осложнения в области стом (стриктуры, неадекватное функционирование, стомальные грыжи и т.д.), в ряде случаев, требующих повторного хирургического лечения. Учитывая большой контингент стомированных больных и частые хирургические осложнения в позднем хирургическом периоде, вопрос о совершенствовании техники наложения стом и разработки мер профилактики данных осложнений имеет высокую актуальность.

Цель. Оценить результаты наложения всех видов стом за 10 лет в проктологическом отделении ГБУ РО РОКБ и предложить методы профилактики поздних осложнений.

Материал и методы: на базе проктологического отделения Ростовской областной клинической больницы входящего в состав Центра хирургии и координации донорства хирургического центра с 2013 по 2018 годы прооперировано 345 пациентов, у которых хирургическое вмешательство было связано с выведением временной или постоянной кишечной стомы, либо с лечением послеоперационных осложнений ранее наложенных стом. Средний возраст составил $66,2 \pm 4,3$ года. Мужчин – 201 (58,3%), женщин – 144 (41,7%). В нашей практике на рутинной основе применяются следующие методы наложения стом: - в случае постоянных одностольных стом (145 случаев – 42,0 % всех стом) после дооперационной разметки по общепринятым нормам выполняется контраппертура, размер которой сопоставим с диаметром кишки. Далее формируется забрюшинный туннель, через который проводится кишка. Последняя фиксируется узловыми швами к коже. Важно отметить, что выведение кишки за пределы брюшной полости происходит с запасом 4-5 см вместе с брыжейкой, что позволяет контролировать кровоснабжение и жизнеспособность стомы, профилактировать формирование стриктур. Появляется возможность установить калоприемник с точно вырезанным по форме стомы отверстием, что также способствует профилактики осложнений со стороны

кожи. Через 6-12 месяцев самостоятельно формируется плоская стома, чем максимально нивелируется косметический дефект. В ряде случаев, когда имеет место высокий риск стомальных грыж (избыточный вес, дряблость передней брюшной стенке) а также при невозможности технически сформировать забрюшинный туннель заднюю стенку передней брюшной стенки дополнительно укрепляли сетчатым эндопротезом. Данный подход позволил нам добиться снижения количества стомальных грыж в позднем послеоперационном периоде с 29 до 19 случаев за аналогичный 5 летний период наблюдения (2008 - 2013 гг. и 2013 – 2018 гг.) Такое грозное осложнения как некроз стомы с миграцией в брюшную полость не был отмечен ни в одном случае. Количество стриктур составило 6 случаев. Отдельно стоит отметить, что в случае осложненных форм течения болезни Крона, язвенного колита мы дополнительно проводим через брыжейку под задней стенкой кишки силиконовую трубку и фиксируем к коже. Это связано с высокой частотой несостоятельности швов, фиксирующих кишку к коже при данных заболеваниях. Данную методику мы также применяем и при обструктивных резекциях при острой толстокишечной непроходимости. - При выведении временных стом (в подавляющем большинстве случаев – двуствольных) (200 случаев – 58,0%) в нашей практике мы используем общепринятые методики, однако имеют место следующие нюансы: 1. Должно отсутствовать натяжение при выведении кишки; 2. Под заднюю стенку кишки проводим плотную силиконовую трубку, которая фиксируется к коже. 3. Отводящий конец выводится выше приводящего для исключения «перетекания» содержимого кишки 4. Кишка фиксируется узловыми швами только к коже для облегчения последующей реконструкции. Важно отметить необходимость декомпрессии толстой кишки при толстокишечной непроходимости перед формированием разгрузочной толстокишечной стомы. Данные меры позволили значительно снизить в нашей хирургической практике количество осложнений и полностью исключить вероятность некроза и миграции стомы в брюшную полость. Стомальные грыжи отмечены в 3 случаях (против 7 за аналогичный 5 летний предшествующий период), стриктуры отмечены в 1 случае.

Результаты. Осложнения в послеоперационном периоде выявлены у 29 больных (8,4%). Среди них преобладали: стомальные грыжи – 22 (6,3%), стриктуры - 7 (2,0%); случаев миграции кишки в брюшную полость не отмечено; За аналогичный период с 2008 по 2013 годы данные осложнения были распределены следующим образом: формирование стомальных грыж – 34 (9,8%), стриктуры - 14 (4,0%); случаев миграции кишки в брюшную полость не отмечено. Исходя из анализа полученных данных отдаленные результаты лечения позволяют судить о достоверном снижении частоты осложнений наложения стом в нашей клинической практике.

Заключение. За 5 лет работы были получены хорошие результаты хирургического лечения данной группы больных, а применяемые нами методики позволили значительно уменьшить количество послеоперационных осложнений. Данный факт позволяет рекомендовать применяемые нами методики для широкого применения в клинической практике.

44. Внутрисветная ультрасонография на различных этапах хирургического лечения язвенного колита.

Тимербулатов М.В., Ибатуллин А.А., Гайнутдинов Ф.М., Суфияров Р.Р., Аитова Л.Р., Куляпин А.В., Эйбов Р.Р., Аминова Э.М.

Уфа

ФГБОУ ВО БГМУ Минздрава России

Актуальность: при диагностике язвенного колита сохраняют свои позиции рентгенологические и эндоскопические методы исследования. Но эти методы не всегда возможно применить у тяжелой категории больных. Альтернативным методом диагностики язвенного колита является внутрисветная ультрасонография.

Цель исследования: оценка информативности метода внутрисветной ультрасонографии с доплерографией при определении активности воспалительного процесса, контроль эффективности лечения больных язвенным колитом на различных этапах хирургического лечения.

Материалы и методы: в ГБУЗ РБ ГКБ №21 г. Уфы у больных, страдающих тяжелыми формами язвенного колита, выполняется ультрасонография органов брюшной полости. Критерием включения стали пациенты, страдающие язвенным колитом и перенесшие различные этапы хирургического лечения. Учитывая, что после колэктомии сохраняется воспалительный процесс в прямой кишке, при внутрисветной ультрасонографии с доплерографией оценивали состояние стенки кишки, брыжейки, наличие кровотока и степень васкуляризации. У пациентов с проктэктомией и наложением J-образного резервуара ультрасонография применяется для оценки состояния анастомоза, резервуара и определяется готовность пациента к заключительному этапу оперативного лечения.

Результаты: во время оценки полученных результатов при ультрасонографии с доплерографией выявляется утолщение стенки, понижение её эхогенности, отсутствие дифференцировки на слои, усиление кровотока в подслизисто-слизистом слое прямой кишки. Тем самым позволяет установить степень выраженности патологического процесса в стенке кишки или резервуара.

Выводы: внедрение методов внутрисветной ультрасонографии с доплерографией позволяет установить степень выраженности патологического процесса в стенке кишки и окружающих тканях, констатировать наступление ремиссии и выбрать оптимальные сроки для выполнения этапов оперативного лечения у больных язвенным колитом.

МАЛОИНВАЗИВНЫЕ ОПЕРАЦИИ В НЕОТЛОЖНОЙ ХИРУРГИИ

1. Сравнительная характеристика лечения пациентов с механической желтухой с помощью малоинвазивных методик

Машурова Е.В. Айдемиров А.Н. Градинар А.О., Полетаева М.В., Григоров Г.Г.,
Маланка М.И., Мнацаканян Э.Г.

Ставрополь

ФГБОУ ВО Ставропольский государственный медицинский университет Минздрава
России

Ежегодно количество больных МЖ различной этиологии увеличивается в РФ на 800 тыс. человек. Причинами данной проблемы в 30–70 % является желчнокаменная болезнь (ЖКБ), а в 15–30 % – онкопатология. Оперативные вмешательства, выполненные таким больным на высоте МЖ, сопровождаются большим числом осложнений, а летальность достигает 15–30 %, что в несколько раз выше, чем в тех случаях, когда МЖ удается ликвидировать до операции (В.И. Никольский, А.В. Герасимов, В.В. Розен, А.В. Климашевич, А.П. Фенеров, 2014).

Цель работы – сравнить методы лечения больных с механической желтухой.

Материал и методы исследования. Проведен анализ историй болезни 316 пациентов, находившихся на лечении в ГБУЗ СККБ на базе хирургического торакального отделения в 2013-2018 гг. Возраст больных варьировал от 23 до 86 лет, причем более 70 % составили пациенты пожилого и старческого возраста, отягощенные сопутствующей патологией и высокой степенью операционного риска. Мужчин было 96 (30.4%), женщин 220 (69.6%). В комплекс инструментальных методов входили ультразвуковое исследование органов брюшной полости, мульти спиральная компьютерная томография, МР-холангиография, лабораторные исследования. Полученные результаты обработаны с использованием компьютерной программы «Excel».

Результаты и их обсуждение. Причиной механической желтухи в 50,72 % случаев был холедохолитиаз, у 24,63% - злокачественные заболевания, у 13,04% - панкреатит и 8,69%- стриктуры холедоха. У 98 (31%) пациентов выполнено чрескожная чреспеченочная холангиография (ЧЧХГ) с чрескожной чреспеченочной холангиостомией (ЧЧХС) и у 138 (43.7%) пациентов чрескожной чреспеченочной холецистостомией (ЧЧХцС), а эндоскопических ретроградных холангиопанкреатографий (ЭРХПГ) с эндоскопической папиллосфинктеротомией (ЭПСТ) выполнено у 80 (25,3%) пациентов. Всего осложнений после ЧЧХС и ЧЧХцС выявлено у 9 (2.8%) человек. Осложнения после ЧЧХС возникли у 5 (1,58%) пациентов: дислокация дренажа с желчеистечением в брюшную полость у 5 (1,58%), из них 2 (0,63%) с летальным исходом, кровотечение – у 3 (0,9%) с летальным исходом у 3 (0,9%). У пациентов после ЧЧХцС диагностированы следующие осложнения: у 4 (1,26%) пациентов желчеистечение, у 1 (0,3%)- кровотечение с 1 (0,3%) летальным исходом. Всего осложнений после ЭРХПГ и ЭПСТ выявлено у 11 пациентов (3,48%). Из них у 4 (1,26%) - кровотечение из зоны ПСТ, у 2 (0,63%) - постманипуляционный панкреатит, у 1(0,3%) -холангит, у 1(0,3%) - перфорация 12 кишки с летальным исходом и 3 (0,9%) – заклинивание корзинки Dormia.

Выводы. Согласно данным нашего опыта, при применении антеградных способов декомпрессии желчных протоков у больных с механической желтухой, количество послеоперационных осложнений меньше, чем при ретроградном способе. Формирование чрескожной холангиостомы и холецистостомы является малотравматичным методом, позволяющим провести декомпрессию желчных протоков с последующим определением тактики лечения. При выполнении ЧЧХС или ЧЧХцС под УЗИ контролем

особое значение необходимо придавать стабильности холангиостомы и холецистостомы и профилактике возможных осложнений. Изучение осложнений после ЧЧХС и ЧЧХЦС и ЭРХПГ и ЭПСТ у больных с механической желтухой позволяет свести их количество к минимуму и своевременно проводить профилактику их возникновения.

2. Опыт применения видеоэндоскопических операций при лечении urgentных заболеваний органов брюшной полости

Нгуен Динь Бао¹, Файбушевич А.Г.¹, Павленко В.В.², Армашов В.П.²
Москва

¹ФГАОУ ВО «Российский университет дружбы народов»

²ФГБОУ ВО «Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова»

Актуальность проблемы. В последнее десятилетие отмечается неуклонный рост количества экстренных и срочных лапароскопических вмешательств. Многочисленные преимущества данных операций на органах брюшной полости являются доказанными. Однако, помимо преимуществ, более четко начинают вырисовываться недостатки или ограничения, возникающие при их применении. Поэтому необходима дальнейшая работа по детальному определению показаний и противопоказаний, возможностей и ограничений к использованию этих методов.

Цель исследования. Оценить результаты применения видеоэндоскопических операций при лечении пациентов с основными urgentными заболеваниями органов брюшной полости.

Материалы и методы. Проведен анализ результатов лечения 262 пациентов с неотложными хирургическими заболеваниями органов брюшной полости и забрюшинного пространства в период с января 2016 года по декабрю 2018 года. Лапароскопическая аппендэктомия была выполнена у 125 больных, лапароскопическая холецистэктомия – у 60, диагностическая лапароскопия – у 52, остановка внутрибрюшного кровотечения – у 3, санация и дренирование брюшной полости по поводу некротического панкреатита – у 10, лапароскопическое ушивание перфоративной язвы желудка и двенадцатиперстной кишки – у 8, лапароскопическое разделение спаек, устранение кишечной непроходимости – у 5. Оценивались продолжительность операции, длительность госпитализации, послеоперационные осложнения, выраженность и длительность болевого синдрома, качество жизни в послеоперационном периоде.

Результаты и обсуждение. Лапароскопическая аппендэктомия была выполнена у 125 пациентов в возрасте от 6 до 78 лет. Средний возраст пациентов составил $45,0 \pm 4,5$ лет. Из них женщин было 58 (46,4 %), мужчин 67 (53,6%). Четверть от указанного числа составили пациенты детского возраста. Среднее время операции составляло $40,5 \pm 15,3$ мин, средняя продолжительность пребывания в стационаре – $5,1 \pm 1,7$ к/дней. Из возникших после операции осложнений в 1-м случае была отмечена правосторонняя верхнедолевая пневмония, в 2-х – нагноение послеоперационной раны. Лапароскопическая холецистэктомия была выполнена у 60 пациентов по поводу острого холецистита. Из них мужчин было 22 (36%), женщин – 38 (63%). Возраст больных колебался от 25 до 75 лет. Среднее время выполнения операции составляло $85,0 \pm 5,6$ мин, средняя продолжительность пребывания пациента в стационаре – $6,2 \pm 2,8$ к/дней. В 3-х случаях в раннем послеоперационном периоде отмечено внутрибрюшное кровотечение. Пациентам была выполнена релапароскопия. Во всех случаях было обнаружено кровотечение из ложа желчного пузыря умеренной интенсивности. Гемостаз достигнут с помощью монополярной электрокоагуляции. Продолжительность операции в среднем составила $35,1 \pm 7,2$ мин. Лапароскопия с целью исключения острой хирургической патологии или повреждений органов брюшной полости была выполнена в 52 случая. В 48% потребовалась конверсия на лапаротомию. Причинами конверсии явились перекут

большого сальника с некрозом, деструктивный аппендицит с распространенным гнойным перитонитом, инфильтрат и абсцесс правого фаланга брюшной полости, торако-абдоминальное ранение с повреждением селезенки, разрыв печени. Средняя продолжительность операции составила $20,0 \pm 5,8$ мин, срок госпитализации (при отсутствии дальнейших вмешательств) – $5,1 \pm 3,36$ к/дней. Осложнений, возникших вследствие диагностического вмешательства, выявлено не было. Санационная лапароскопия была проведена у 10 пациентов с диагнозом некротический панкреатит, ферментативный перитонит. Выполнялась эвакуация из брюшной полости ферментативного выпота, установка дренажей, чрескожная чреспеченочная холецистостомия по показаниям. Продолжительность операции в среднем составила $38,0 \pm 6,1$ мин. Осложнений, связанных с непосредственным выполнением операции не отмечено. Разделение спаек выполнялось у 5 пациентов со спаечной кишечной непроходимостью. У всех пациентов в анамнезе было оперативное вмешательство на органах брюшной полости. Средняя продолжительность операции составила $40,3 \pm 8,6$ мин, осложнений не отмечено. Ушивание перфоративной язвы желудка или двенадцатиперстной кишки было выполнено у 8 пациентов. Ушивание язвы выполнялось узловыми интракорпоральными швами с укрытием язвы большим сальником. Среднее время операции составляло $40,0 \pm 5,12$ мин, а продолжительность нахождения в стационаре – $5,7 \pm 4,4$ к/дней. Осложнений в послеоперационном периоде не наблюдалось. При исследовании качества жизни методом анкетирования, выяснилось, что у больных оперированных лапароскопическим способом, болевой синдром в первые 2-е суток после операции носил умеренный характер и купировался внутримышечным введением анальгетиков. Он имел тенденцию к убыванию и практически полностью купировался к концу 3-х суток послеоперационного периода.

Выводы. Видеолапароскопические вмешательства являются высокоэффективными, не травматичными и безопасными способами хирургического лечения ургентных заболеваний органов брюшной полости. Их применение позволяет уменьшить выраженность болевого синдрома, длительность пребывания в стационаре и улучшить качество жизни пациента в раннем послеоперационном периоде.

3. Одновременная перфорация язв желудка и двенадцатиперстной кишки. Клинический случай

Армашов В.П., Мастеров А.С., Павленко В.В., Горский В.А., Сидоров В.А.
Москва

ФГБОУ ВО «Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова»

Актуальность проблемы. Одновременная перфорация двух хронических язв верхнего отдела желудочно-кишечного тракта является достаточно редким явлением. Ниже представлен случай сочетанной перфорации язв желудка и двенадцатиперстной кишки.

Описание клинического случая. Больная А., 51 года, поступила в приемное отделение в состоянии средней тяжести с жалобами на боли в животе через 3 часа от момента начала заболевания. Язвенный анамнез не прослеживался, операции на органах брюшной полости не проводились. Что касается хронических заболеваний, то ранее, пациентке был выставлен диагноз метастатического поражения головного мозга. Из медикаментозных препаратов больная постоянно получала дексаметазон и карбамазепин. На момент поступления пациентка была несколько дезориентирована и агрессивно настроена по отношению к персоналу и предстоящему лечению. При осмотре гиперстенического телосложения, повышенного питания, самостоятельно передвигается с трудом. Кожные покровы чистые, обычной окраски. Температура тела $37,10^{\circ}\text{C}$. Дыхание свободное, грудная клетка участвует в дыхании, ее подвижность несколько ограничена из-за болей в животе, аускультативно дыхание везикулярное, несколько

ослабленное в нижних отделах. Частота дыхания 18 в мин. Тоны сердца приглушенные, ритмичные, патологических шумов не выявлено. Артериальное давление 140/100 мм рт. ст., ЧСС 80 ударов в минуту. Язык сухой, обложен налетом белого цвета. Живот умеренно напряженный и болезненный в эпигастрии, подреберных областях с обеих сторон. Также отмечено напряжение мышц брюшной стенки в вышеуказанных зонах. Печеночная тупость не определялась. Перитонеальные симптомы были сомнительные, перистальтика практически не выслушивалась. Стула не было около 5 суток, газы отходили вяло. При осмотре *per rectum* патологических изменений выявлено не было. Отмечено наличие лабораторных признаков воспаления, повышение уровня сахара крови до 9,1 ммоль/л. При рентгенографии были выявлены признаки наличия свободного газа под куполами диафрагмы. С предварительным диагнозом перфорация полого органа после предоперационной подготовки пациентка была оперирована. Под эндотрахеальным наркозом выполнена срединная лапаротомия. В верхнем этаже брюшной полости выявлена мутная жидкость с примесью желчи, имелись наложения фибрина. Ободочная кишка практически на всем протяжении заполнена плотными каловыми массами. После разделения рыхлого инфильтрата под левой долей печени по передней стенке и большой кривизне луковицы двенадцатиперстной кишки выявлена язва до 11 мм в диаметре с перфорационным отверстием до 8 мм. При дальнейшей ревизии в антральном отделе желудка по передней стенке ближе к малой кривизне на 1,5 см выше привратника (на расстоянии около 3 см от предыдущей язвы) выявлена вторая язва размером 20 на 22 мм с перфорационным отверстием до 10 мм в диаметре. Края обеих язв плотной консистенции. Признаков стенозирования выходного отдела желудка не отмечено. Из краев язв взят материал для морфологического исследования. Перфорации были ушиты двухрядными швами, брюшная полость осушена, в правое подпеченочное пространство и малый таз установлены дренажи. Во время проведения операции отмечались эпизоды выраженной гипотонии. Стабилизация артериального давления достигнута проведением инфузии и вазопрессорной терапией. После выполнения операции пациентка находилась в отделении реанимации, где проводилась искусственная вентиляция легких, комплексная интенсивная терапия, направленная на коррекцию водно-электролитных нарушений и кислотно-щелочного состояния, стимуляцию моторики, поддержку сердечной деятельности. Состояние оставалось тяжелым. Через 14 часов после окончания операции на фоне стабильно тяжелого состояния у больной наступила остановка сердечной деятельности. Проведенные в полном объеме реанимационные мероприятия оказались неэффективными, была констатирована биологическая смерть. По результатам аутопсии основной причиной смерти явилась острая сердечно-сосудистая недостаточность. При морфологическом исследовании материал из краев язвенных дефектов был представлен тканями стенки желудка и двенадцатиперстной кишки с явлениями хронического воспаления, опухоль головного мозга представляла собой менингиому.

Выводы. Представленный клинический случай представляет большой интерес, так как одновременные перфорации хронических язв верхнего отдела желудочно-кишечного тракта встречаются крайне редко. Согласно литературным данным, в ряде случаев подобные множественные перфорации могут возникать у пациентов, имеющих онкологические заболевания и получающих специфическое лечение. Не исключено, что возникновению данной ситуации способствовала проводимая гормонотерапия.

4. Малоинвазивные методы в лечении острой гнойной деструкции легких

Колкин Я.Г.¹, Хацко В.В.¹, Дудин А.М.¹, Вегнер Д.В.¹, Ступаченко О.Н.², Лобанов Е.В.², Филахтов Д.П.²
Донецк, ДНР

¹Государственная образовательная организация высшего профессионального образования «Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького»

Цель работы – улучшение результатов лечения больных с острыми легочно-плевральными свищами с помощью разработанного нами способа временной окклюзии бронха.

Материал и методы. В период с 1991 по 2018 гг. в клинике хирургии им. К.Т. Овнатяна находилось на лечении 684 пациента с разными формами острой гнойной деструкции лёгких. Разные варианты временной окклюзии бронха были применены у 102 пациентов, у которых основное заболевание было осложнено бронхоплевральным свищом и пиопневмотораксом. Методы исследования были стандартными.

Результаты и обсуждение. В 64 случае было поражено правое легкое, в 35 - левое. В 3 случаях процесс носил двусторонний характер. У 33 больного изменения локализовались в верхней доле, у 55 - в нижней, и у 14 пациентов отмечена полисегментарная деструкция легких. В 59 случаях временная окклюзия выполнялась после дренирования плевральной полости, в условиях применения жесткого бронхоскопа при общем обезболивании, с введением сплошного поролонового на металлической основе обтуратора в свищесуший бронх. Обтурации долевого или сегментарного бронха обязательно предшествовала санация пораженных бронхолегочных участков. При адекватной санации на протяжении 7-9 дней у большей части пациентов удалось получить клинический эффект. Тем не менее, у 18 больных возникло прогрессирование деструктивного процесса в связи с недостаточной санацией бронхо-легочных участков, расположенных дистальнее места окклюзии. Таким образом, методика окклюзии свищесущего бронха сплошным обтуратором, способствуя расправлению легкого, имела ряд недостатков, а главное, не решала проблемы санации бронхолегочного участка, заключенного между обтуратором и нижележащими пораженными отделами легкого, что требовало достаточно длительного и не всегда результативного лечения. Учитывая недостатки использования сплошного обтуратора у 43 пациентов с острой легочной деструкцией, осложненной пиопневмотораксом применен разработанный в клинике полый обтуратор с санационным катетером (патент России № 2092108). Суть метода заключается в введении полого обтуратора с санационным катетером внутри, в бронх единым блоком, позволяя более эффективно использовать удачное сочетание окклюзионных и санационных возможностей данного метода. С целью исключения ошибочной обтурации близлежащего неповрежденного бронха, санационный катетер окклюзионного устройства проводят под контролем торакоскопа и бронхоскопа с помощью временно фиксированного к нему проводника, предварительно введенного через периферическое отверстие бронхиального свища в центральные отделы трахеобронхиального дерева. Потягивание проводника и соединенного с ним катетера через периферическое отверстие бронхиального свища на грудную стенку приводит к постепенному введению обтуратора в свищесуший бронх удалось достичь полноценного клинического эффекта у 40 больных.

Вывод. Таким образом, разработанный метод позволяет эффективно санировать пораженное легкое с закрытым бронхом, в сочетании с его постепенным расправлением.

5. Возможна ли мини-холецистэктомия из околопузырного абсцесса холецистогенного генеза?

Капшитарь А.В.

Запорожье

Запорожский государственный медицинский университет

Частота околопузырного инфильтрата у больных деструктивным холециститом достигает 40%. Он формируется на 3-4 сутки от начала заболевания и вначале «рыхлый», и легко делимый. При нарастании степени воспалительной инфильтрации

образующих его органов, инфильтрат становится «плотным», т.е. трудно делимым. С увеличением сроков заболевания и прогрессирования патологического процесса может формироваться околопузырный абсцесс. В связи с давностью заболевания острым холециститом свыше 3 суток, узостью мини-доступа и ограниченной свободой манипуляций, значительными техническими трудностями при выполнении холецистэктомии и высоком риске ятрогенных повреждений выполнение мини-холецистэктомии (МХЭ) считается противопоказанным.

Цель работы: изучить возможности выполнения мини-холецистэктомии при околопузырном абсцессе, как очень опасном осложнении течения деструктивного калькулёзного холецистита.

Материал и методы. В хирургическом отделении КНП «Городской больницы № 2», кафедры хирургии и анестезиологии ФПО, за период с 2001 по 2018 годы у 573 больных выполнена МХЭ правосторонним продольным трансректальным мини-доступом. Из всех пациентов у 13 (2,3%) больных диагностирован околопузырный абсцесс. Мужчин было 6 (45,2%), женщин – 7 (53,8%). Возраст от 54 до 88 лет. Старше 60 лет было у 11 (81,6%) пациентов. Значительно преобладали поздние сроки поступления в хирургическую клинику. Так, до 24 часов от начала заболевания доставлены 2 (15,4%) больных, в течение 3-5 суток – 8 (61,5%), 6-7 суток – 2 (15,4%) и на 13 суток – 1 (7,7%). Медицинскими работниками выставлены разнообразные диагнозы. Пациентам были присущи тяжёлые формы сопутствующих заболеваний. Нарушение сердечного ритма (постоянная форма фибрилляции предсердий-2, пароксизмальная тахикардия-2, стенокардия напряжения-1) определено у 5 (38,5%) больных, сахарный диабет II типа – у 4 (30,8%), генерализованный атеросклероз, деменция – у 2 (15,4%), хронический бронхит курильщика – у 1 (7,7%) и хроническая почечная недостаточность – у 1 (7,7%). Наряду с этими заболеваниями у 5 (38,5%) пациентов было ожирение III-IV степени. Ранее были оперированы 6 (45,2%) больных (дренирование сальниковой сумки-2, пилоропластика+СПВ+фундопликация по Ниссену, аутогерниопластика ущемлённой послеоперационной вентральной грыжи-1, аппендэктомия-1, экстирпация матки с придатками-2). Все пациенты обследованы согласно «Клиническим протоколам оказания медицинской помощи». Консервативная терапия острого холецистита неэффективна.

Результаты и обсуждение. На основании клинических и дополнительных методов исследования диагностирован острый деструктивный калькулёзный холецистит, в т.ч. у 3 (23,1%) больных определён околопузырный инфильтрат и у 1 (7,7%) – механическая желтуха. Неотложная операция в течение 15-24 часов после госпитализации осуществлена у 9 (69,2%) пациентов, 1-2 суток – у 2 (15,4%) и 3-5 суток – у 2 (15,4%). После выполнения мини-доступа у всех больных обнаружен плотный инфильтрат в подпечёночном пространстве, состоящий из большого сальника, желчного пузыря, гепатодуоденальной связки, начального отдела двенадцатиперстной кишки, а у 2 (15,4%) – и местный серозный перитонит. Со значительными техническими трудностями вскрыт околопузырный абсцесс. У всех пациентов диагностирован гангренозно-калькулёзный обтурационный холецистит с тотальным или субтотальным поражением стенки желчного пузыря и наличием перфорации у большинства больных – 10 (76,9%), редко, внутреннего холецисто-кольного свища – 1 (7,7%) и холедохолитиаза – 1 (7,7%). МХЭ выполнена у 10 (76,9%) пациентов и вынужденная конверсия с расширением мини-доступа в доступ Mirizzi – у 3 (23,1). Показанием к конверсии у 1 (7,7%) больной был холедохолитиаз, у 1 (7,7%) – холецисто-кольный свищ и у 1 (7,7%) – невозможность дифференцировать трубчатые элементы треугольника Kalott. После холецистэктомии у 1 (7,7%) пациентки осуществлена холедохолитотомия с дренированием холедоха по Холстеду и у 1 (7,7%) – разоблачение холецисто-кольного свища, холецистэктомия, ушивание дефекта в поперечной ободочной кишке. У всех прооперированных больных подпечёночное пространство и зону вскрытого абсцесса дренировали, разработанным способом, создавая широкий раневой канал для длительного отхождения девитализованных тканей, остающихся на стенках абсцесса и другого раневого

отделяемого. Выписаны в удовлетворительном состоянии 12 (92,3%) пациентов. Умерла 1 (7,7%) больная от острого трансмурального инфаркта миокарда на 6 сутки после операции.

Выводы: 1. Мини-холецистэктомия у пациентов с острым гангренозным холециститом из околопузырного абсцесса выполняема, однако она трудна в связи с тяжёлыми инфильтративно-воспалительными, рубцовыми и достаточно плотными тканями. 2. Конверсия по благоразумию с расширением мини-доступа в доступ Mirizzi у 23,1% больных связана с невозможностью дифференцировать элементы треугольника Kalott, наличием холедохолитиаза, холецисто-кольного свища. 3. Вопрос о возможности мини-холецистэктомии решается после выполнения мини-доступа.

6. Контактная лапароскопическая термометрия органов брюшной полости при остром и хроническом холецистите

Капшитарь А.В.

Запорожье

Запорожский государственный медицинский университет

Актуальность. Сравнительный анализ визуальной оценки острого холецистита, выражающийся в послеоперационном диагнозе, и заключение патоморфологического исследования, а также хронического холецистита и патоморфологического исследования позволил нам выявить неоднократные как случаи гипердиагностики, так и гиподиагностики. С целью диагностики острого холецистита до операции Ким И.А. (1980) предложил лапароскопическую термометрию органов брюшной полости. Однако до последнего времени распространения она не получила.

Цель работы: оценить собственные результаты контактной лапароскопической термометрии органов брюшной полости у больных острым и хроническим холециститом.

Материал и методы. Клинический материал представлен из хирургического отделения городской больницы № 3 Кривого Рога, где автор ранее работал и проводил данные исследования. Обследованы 85 пациентов, которым с диагностической целью выполняли лапароскопию аппаратом фирмы Karl Storz (Германия) по усовершенствованной методике Kelling, используя манипулятор собственной конструкции. Мужчин было 8 (9,4%), женщин – 77 (90,6%) в возрасте от 25 до 86 лет. Для измерения контактной лапароскопической термометрии органов брюшной полости нами использован электротермометр ТПЕМ-М производства Казанского медико-инструментального завода и сконструированный зонд с вмонтированным на конце датчиком.

Результаты и обсуждение. При анализе полученных результатов были выделены 3 группы больных в зависимости от остроты воспалительных изменений в стенке желчного пузыря (острый холецистит, хронический холецистит) и контрольная группа. В I группу включили 45 (52,9%) пациентов с острым калькулёзным холециститом. Средняя t_0 органов брюшной полости была наиболее высокой – 38,5оС. Присоединение острого воспалительного процесса в желчном пузыре повысило его t_0 до 40,3оС, в печени – 39,4оС, двенадцатиперстной кишке – 38,9оС, мезоколон – 38,7оС. t_0 в других органах была ниже 37,4оС. II группа составила 30 (35,3%) больных с хроническим калькулёзным холециститом. Средние показатели t_0 органов брюшной полости выявились ниже, чем в контрольной группе – 37,2оС. Причиной этого мы считаем истончение стенки желчного пузыря, наличие рубцовых и склеротических изменений, различной степени наполнения его желчными конкрементами от единичных до заполняющих всю полость, а у значительной части пациентов и блокадой пузырного протока конкрементами с исключением его из функции. III группа контрольная слагалась из 10 (11,8%) пациентов. Зарегистрирована средняя t_0 органов брюшной полости - 37,4оС. Физиологические процессы протекали в нормальных условиях, но t_0

различных органов брюшной полости различалась и довольно значительно. По нашему мнению, это связано, прежде всего, с диаметром крупных и более мелких артериальных сосудов органов брюшной полости, сосудов микроциркуляторного русла, скоростью линейного кровотока и интенсивностью протекания обменных процессов. И всё же, преобладающие средние показатели to выявлены в желчном пузыре, мезоколон и матке, а ниже средней to – в желудке, двенадцатиперстной кишке, круглой связке печени, подвздошной кишке и червеобразном отростке. Наиболее низкая to отмечена в последних двух органах. Представленные результаты проведенной работы показывают, что показатели to органов брюшной полости у больных острым и хроническим калькулёзным холециститом существенно различаются и могут быть использованы в диагностических целях. Основы классической визуальной диагностики острого и хронического калькулёзного холецистита в процессе лапароскопии и её результаты освещены в монографиях и периодических публикациях. Вместе с тем у ряда больных отмечаются трудности в выявлении прямых лапароскопических признаков, особенно при отсутствии косвенных признаков, интерпретации лапароскопических данных, обусловленных или достаточно скромной информацией, полученной при исследовании или атипизмом либо полиморфизмом лапароскопической семиотики. В этих ситуациях необходимо расширение диагностических возможностей метода лапароскопии, очень важным из которых является контактная лапароскопическая термометрия органов брюшной полости. Результаты нашего исследования подтверждают, что эта технология повышает эффективность лапароскопии, позволяет объективизировать воспалительные процессы, протекающие в желчном пузыре, оптимизировать дальнейшую лечебную тактику и сроки её выполнения.

Выводы: 1. Визуальная диагностика острого и хронического калькулёзного холецистита не всегда достоверна, имеет место как гипер- так и гиподиагностика. 2. Контактная лапароскопическая термометрия органов брюшной полости позволяет улучшить и объективизировать диагностику острого и хронического калькулёзного холецистита на этапе до патоморфологического исследования. 3. Метод контактной лапароскопической термометрии органов брюшной полости является ценным в билиарной хирургии и заслуживает более широкого применения в хирургической практике.

7. Эндovasкулярные и эндоскопические вмешательства в лечении кровоточащих язв верхних отделов ЖКТ

Акимов В.П., Творогов Д.А., Котлова Д.М., Кубачев К.Г., Крикунов Д.Ю.
Санкт-Петербург
ФГБОУ ВО СЗГМУ им. И.И. Мечникова Минздрав России

В Российской Федерации – летальность при желудочно-кишечных кровотечениях составляет 5-13%. Летальность в группе пациентов высокого риска кровотечения и оперативного вмешательства 21%. Эндоскопический гемостаз эффективен в 85% случаев. В Санкт-Петербурге в 2018г. среди 7 форм «острого живота» (16994 пациента) язвенные кровотечения составили 1824 (10,7%). Летальность общая - 4,99%; послеоперационная 8,9%. Согласно национальным клиническим рекомендациям при продолжающемся кровотечении из язвы (FI-A, FI-B) необходим эндоскопический гемостаз. При кровотечении FII-A, FII-B рекомендуется эндоскопическая профилактика рецидива кровотечения. Возможными лечебными мероприятиями при рецидиве кровотечения являются: повторный эндоскопический гемостаз; экстренная операция; эмболизация артерий желудка и 12-п. кишки. Учитывая стабильно высокие показатели смертности при желудочно-кишечных кровотечениях и их широкую распространенность среди жителей РФ совершенствование алгоритмов оказания медицинской помощи данной группе пациентов считается актуальной задачей.

Материал исследования. За 2013 – 2017 гг. В Александровскую больницу г. Санкт-Петербурга было госпитализировано 1019 больных с язвенными кровотечениями в возрасте от 19 до 91 лет, средний возраст составил $36 \pm 1,5$ лет. При этом язва желудка выявлена у 452 (38,2%), а язва 12-перстной кишки – 567 (47,9%) больных. Тяжелые сопутствующие заболевания, диагностированы у 345 (29,2%) пациентов. Распределение больных по типу кровотечения согласно классификации Forrest: I a - 51 пациент (5%); I b – 193 пациента (19%); II a -255 пациентов (25%); II b – 326 пациентов (32%); II c – 143 пациента (14%); III- 51 пациент (5%). Характеристика размера язвенного дефекта: <1 см – 744 пациента (73%); 1-2 см -193 пациента (19%); >2 см - 82 пациента (8%). При этом 22% язв локализовались в проекции крупных сосудов (малая кривизна желудка, задняя стенка луковицы ДПК). В Александровской больнице представлены следующие (эндоваскулярные и эндоскопические) способы остановки кровотечения: - обкалывание сосудоуживающими препаратами: Локальные инъекции (в 90% случаев используется: 1:10.000 Эпинефрин (Адреналин). -клипирование - Механизм: Компрессионный гемостаз. Клипсы остаются в организме (обычно 10-14 дней). -ангиография и эмболизация: Методика селективной эмболизации осуществляемая нами, выполнялась в следующем порядке: обзорная аортография; селективная катетеризация и ангиография бассейна целевого сосуда; суперселективная катетеризация –для уменьшения зоны ишемии; эмболизация клеевым композитом (Гистокрил) под визуальным контролем; контрольное ангиографическое исследование – с целью выявления коллатерального кровоснабжения язвы. Ангиографическими критериями источника гастродуоденального кровотечения были: экстравазация контрастного вещества, тромботическая окклюзия сосудов, ложные аневризмы артерий желудка и ДПК.

Результаты. Эффективность эндоскопического гемостаза при ЯГДК составила: общая – 87,5%; при язвах ДПК – 91,8%; при язвах желудка – 76,1%; оперативная активность – 5,4%. Эмболизация сосудов при кровотечениях в просвет ЖКТ была выполнена в 126 случаях. В 87 при язвенной болезни, в 15 случаях причинами были – опухоли, ВРВП и Ж – 12 случаев и прочие – 11 сл. Эмболизации при ЯБ была выполнена при локализации источника кровотечения в желудке в 46 случаях и в ДПК в 41 случае. Эндоскопический гемостаз в сочетании с эмболизацией сосудов был успешен у 94,7%. Оперативная активность составила 5,3% (64 пациентов). Общая летальность составила 4,1% (48 пациентов).

Выводы: 1. Применение эндоскопических технологий гемостаза, эффективной фармакотерапии и эндоваскулярной эмболизации позволяет добиться эффективного гемостаза в 94,7 случаев кровотечений. 2. Применение эндоваскулярного гемостаза позволило снизить летальность в группе пациентов высокого риска летальность с 21% до 9,2%. 3. Эндоваскулярная эмболизация может рассматриваться в ряде ситуаций как альтернатива хирургическому вмешательству.

8. Результаты лечения беременных с острым калькулезным холециститом

Дидигов М.Т., Бабенко Е.С., Авакимян С.В., Ключников О.Ю.

Краснодар

ФГБОУ ВО КубГМУ Минздрава России

Актуальность. Одним из существенных факторов увеличения материнской и перинатальной смертности, является развитие острой хирургической патологии на фоне беременности. Острый калькулезный холецистит составляет 25-35% от общего числа беременных с острыми хирургическими заболеваниями органов брюшной полости, а холецистэктомия является вторым по частоте оперативным вмешательством у беременных после аппендэктомии.

Цель работы – изучить результаты лечения беременных с острым калькулезным холециститом, оценить возможность использования малоинвазивных хирургических пособий у данной категории больных.

Материал и методы. За пятилетний период под нашим наблюдением находилось 44 беременных женщины с острым калькулезным холециститом в сроки беременности от 5 до 38 недель. При этом, в первом триместре пролечено 12 больных, во втором – 25 и в третьем – 7. Все больные проходили комплексное клиническое обследование, включающее сбор жалоб и анамнеза, лабораторный комплекс (общие анализы крови и мочи, билирубин и его фракции, амилазная и липазная активность, АЛТ, АСТ, ГГТ, креатинин, мочевины, глюкоза, СРБ, коагулограмма), инструментальные исследования (УЗИ гепатопанкреатобилиарной зоны, плода, ЭФГДС, РХПГ и ЭПСТ). Все больные осматривались акушером-гинекологом в обязательном порядке.

Результаты и обсуждение. Из 44 пациенток с острым калькулезным холециститом 20 беременных (45,4%) проведено комплексное консервативное лечение, включающее введение спазмолитиков, анальгетиков, инфузионную, антибактериальную терапию. В данной группе удалось консервативными мерами добиться купирования острого приступа и больные были выписаны с рекомендациями оперативного лечения в плановом порядке после родоразрешения. Критериями выздоровления явились нормализация лабораторных показателей (лейкоцитоза, СРБ, билирубина), нивелирование признаков острого холецистита по данным УЗИ (нормализация размеров желчного пузыря, толщины его стенки, положительная динамика паравезикального инфильтрата). 24 беременных были оперированы различными малоинвазивными методами. Из них 6 – в первом триместре, 15 – во втором и 3 – в третьем. Видеолапароскопическая холецистэктомия выполнена 21 больной (87,5%) в первом и втором триместрах беременности. Трех беременным в третьем триместре наложена чрескожная чреспеченочная холецистостомия под УЗ-контролем в двух случаях и одной больной произведена холецистэктомия из минилапаротомного доступа всвязи с развитием паравезикальных гнойных осложнений и высокой вероятностью неэффективности холецистостомы. Все оперативные вмешательства выполнены в сроки до 72 часов с момента поступления в стационар. Показаниями служили отсутствие положительной клинической динамики, сохраняющийся болевой синдром, сохраняющиеся или прогрессирующие УЗ-признаки острого калькулезного холецистита. Хирургических и перинатальных осложнений и летальных исходов после выполнения малоинвазивных вмешательств не наблюдалось. Все пациентки выписаны с прогрессирующей беременностью, одна переведена в родильный дом по акушерским показаниям.

Выводы: 1. В случае сочетания острого калькулезного холецистита и беременности примерно у половины больных консервативная терапия оказывается эффективной и позволяет избежать экстренного или срочного хирургического вмешательства. 2. Малоинвазивные хирургические пособия при остром калькулезном холецистите у беременных показывают свою высокую эффективность в первом и втором триместрах беременности. Операцией выбора является видеолапароскопическая холецистэктомия. 3. При беременности больших сроков операцией выбора может быть наложение холецистостомы под УЗ-навигацией или холецистэктомия из минилапаротомного доступа.

9. Современные принципы ведения больных с желудочно-кишечными кровотечениями язвенной этиологии

Греясов В.И., Чугуевский В.М., Леонов Г.А., Куликов М.А.
Ессентуки
ГБУЗ СК "Ессентукская ГКБ"

Лечение больных с кровоточащими язвами желудка и двенадцатиперстной кишки (ДПК) остается одной из сложных проблем в urgentной хирургии, так как непосредственные результаты хирургического лечения остаются

неудовлетворительными. При данной патологии сохраняются высокие цифры летальности и послеоперационных осложнений.

Нами проведен анализ лечения 569 (100%) пациентов с кровотечениями из верхних отделов ЖКТ, находившихся в хирургическом отделении за 5-летний период. Мужчин было 348, женщин – 221. Во всех наблюдениях диагноз желудочно-кишечного кровотечения подтвержден ФЭГДС. При этом кровотечения язвенной этиологии выявлены в 207(36,4%) случаях. Хроническая язва желудка выявлена у 56(9,8%); хроническая язва ДПК - 138(24,3%); острые язвы желудка и ДПК - 13(2,2%). В остальных случаях кровотечения вызвали другие причины. Наиболее часто наблюдалась гастропатия различной степени тяжести вызванные приемом НПВС — 237 (41,8%). Для оценки степени тяжести кровотечения использовалась эндоскопическая классификация Forrest. При хронической язве локализованной в желудке состояние источника кровотечения определен как: F(1a, b) — 12(6,38%), F (2a, b) - 35(18%) F (2c) — 8(4,25%); при хронической язве ДПК F (1a, b) — 21(11,76%), F (2a, b) - 84(44,68%), F2(c) — 3(1,59%). При острых язвах локализованных в желудке F (1a, b) — 1(0,53%), F (2a, b) - 7(3,72%), F (2c) — 1(0,53%); при острых язвах ДПК (1a, b) — 1(0,53%), F (2a, b) - 3(1,59%), F(2c) - 0. В 12 (6,3%) случаях кровотечение наблюдалось при наличии язвы гастроэнтероанастомоза и расценено как (1a, b) — 7(3,72%), F (2a, b) - 4(2,12%), F (2c) — 1(0,53%). Для достижения гемостаза применялись инъекции адреналина, электро и аргоноплазменная коагуляция, наложение эндоклипс. В большинстве случаев применялась комбинация методов 262 (46,0 %), что позволила повысить эффективность процедуры. С помощью эндоскопических методов достигнуть устойчивого гемостаза удалось в 95 % случаях. Рецидив кровотечения наблюдался в 5(1,9%) случаях. При неэффективности гемостаза или отсутствии технических возможностей его проведения, а также в ряде случаев при рецидиве кровотечения больные были оперированы. Всего выполнено 18 оперативных вмешательств: при язвах, локализованных в желудке произведены резекции желудка - 3, дуоденопластика выполнена у 5; при язве ДПК у 10 произведена гастродуоденотомия с прошиванием сосуда. В послеоперационном периоде умерло 7(3,4%) человек.

Заключение: 1. Основным методом лечения язвенных кровотечений - является эндогемостаз. 2. Продолжается рост кровотечения из верхних отделов ЖКТ, связанный с увеличением числа больных с НПВС индуцированными гастропатиями. 3. Основной задачей оперативного вмешательства при язвенном кровотечении является его надежная остановка и создание условий для оптимального протекания процессов регенерации, наиболее всем этим требованиям отвечает радикальная дуоденопластика.

10. Критерии выбора метода оперативного лечения перфоративных язв желудка и ДПК.

Чугуевский В.М., Шубин Н.И., Щербуняев И.С., Абдуллаев А.Г.
Ессентуки
ГБУЗ СК "Ессентукская ГКБ"

Остается предметом обсуждения выбор операционного доступа и метода ушивания прободных язв желудка и ДПК. Это объясняется отсутствием единых критериев, определяющих возможность и целесообразность применения лапароскопической технологии в ушивании перфоративных язв, что диктует необходимость дальнейшего анализа и стандартизации тактических подходов в выборе метода оперативного вмешательства.

Цель исследования: определение оптимального метода ушивания перфоративной язвы желудка и ДПК в зависимости от диаметра перфоративного отверстия, выраженности воспалительного инфильтрата, времени от начала возникновения перфорации, тяжести и распространенности перитонита.

Материал и методы: проведена оценка результатов лечения 64 пациента поступивших за период 2012-2019г, которым были выполнены операции по поводу перфорации язвы желудка и ДПК по экстренным показаниям. Возраст больных варьировал от 16 до 84 лет. Средний возраст составил 38 ± 0.8 . Из общего числа больных мужчины составили 52 (85%), женщины – 12 (15%). Сроки заболевания составляли от 2 до 24 часов, средний срок - 7.5 ± 2.2 ч. В 1-ю группу вошли 26 (41%) больных, оперированных лапароскопически. В 2-ю группу отнесены 38 (59%) больных, которым оперативное вмешательство выполнено из лапаротомного доступа. Из них у 18 предварительно произведена диагностическая лапароскопия с последующей конверсией. Всем пациентам выполняли рентгенологическое исследование органов брюшной полости, позволившее выявить свободный газ в брюшной полости в 43 (67%) случаев. При отсутствии свободного газа в брюшной полости на снимках, а также при неясной клинической картине следующим этапом в диагностике было выполнение УЗИ, ФГДС – произведены у 19 (30%). Язва локализовалась в желудке у 16 (25%) больных, в ДПК – у 48 (75%). Местный перитонит диагностирован в 49 (77%) случаях, распространенный – 15 (23%). Диаметр перфорации составлял от 0.3 до 2.5см (в среднем – 1.2см). У 24 больных перфорация язвы была более 1.5см. В 8 случаях язвенный дефект сопровождался выраженным воспалением периульцерозных тканей. В 1-й группе больных, при размере дефекта перфорации до 0.5см и менее использовали П-образный шов 4 (16%) наблюдений, при дефекте стенки от 0.5 до 1см – однорядный шов 16 (62%), более 1см – однорядный шов с укрытием прядью сальника 6 (22%). Показанием к лапаротомии считали размер язвы желудка более 1.5см, язвы ДПК более 1.0см в сочетании с выраженными изменениями периульцерозных тканей, а также распространенный перитонит на поздних сроках - более 12 часов.

Результаты: у одного пациента 1-й группы наблюдалось прорезывание швов в области, ушитой ранее перфоративной язвы ДПК, что связано с выраженным воспалительным инфильтратом. Больному выполнено повторное вмешательство из лапаротомного доступа. Абсцессов в брюшной полости не выявлено. Летальных исходов не было. Во 2-й группе несостоятельность швов и продолжающийся перитонит отмечены у пациентки 82 лет, что также потребовало повторного вмешательства. Летальных исходов не наблюдалось. В 5 случаях отмечены воспалительные изменения со стороны послеоперационной раны.

Выводы: применение лапароскопической техники ушивания перфоративных язв желудка и ДПК возможно не у всех категорий пациентов. Основными критериями возможности выполнения данного вида вмешательства: небольшие размеры перфоративного отверстия - до 1.5см; отсутствия грубых воспалительных и рубцово-стенотических изменений - воспалительный инфильтрат 2-3см; непродолжительные сроки с момента возникновения перфорации - до 12 часов.

11. Сравнительный анализ результатов лечения больных с кровоточащими постгастрорезекционными язвами

Чернооков А.И.¹, Карапетян М.М.², Белых Е.Н.³, Агеев А.Г.¹, Моисеев А.П.²,
Карапетян Ж. М.⁴

Москва

¹ФГБОУ ВО “МГУПП”, МИНО

²ГБУЗ “ГКБ им. С.С. Юдина ДЗМ”

³ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова

⁴ФГБОУ ВО “МГМСУ им А.И. Евдокимова”

Актуальность проблемы. Кровотечения из постгастрорезекционных язв (ПГРЯ) отличаются характерными особенностями. ПГРЯ часто осложняются тяжелым профузным кровотечением и высокой частотой рецидива кровотечения, а также повторных кровотечений.

Цель работы: представление результатов применения различных подходов в лечении больных с ПГРЯ, осложненными кровотечением.

Материалы и методы: с 2000 по 2018 гг. в ГКБ №7 Москвы пролечен 161 больной с кровоточащими ПГРЯ. Резекцию желудка ранее перенесли 145 больных. У 16 больных ПГРЯ возникли после гастропанкреатодуоденальной резекции. Мужчин было 130, женщин – 31. Средний возраст составил $54,1 \pm 13,9$ лет. Кровоточащая легкая степени была у 24,2% пациентов, средней – 28,6%, тяжелой – 47,2%. Распределение по классификации Forrest: F1a – 11,2%, F1b – 13,1%, F1a – 25%, F1b – 24,4%, F1c – 26,3%. Средняя оценка по шкале тяжести состояния APACHE-II составила $10,39 \pm 4,48$ балла, по шкале SOFA – $3,01 \pm 1,72$ балла. Сопутствующие заболевания были у 66,5% больных. Все больные разделены на 2 сопоставимые группы. В I группу (основную) вошли 100 (62,1%) больных, во II (контрольную) – 61 (37,9%) пациент. Во II группе (2000-2008 гг.) применяли активную тактику: при неэффективном эндоскопическом гемостазе (ЭГ) и рецидиве кровотечения (РК) выполняли экстренные операции, у больных с признаками нестабильного гемостаза выполняли вмешательства по срочным показаниям в пределах 6-24 часов. В I группе (2009-2018 гг.) придерживались индивидуализированной тактики: больным со стигматами кровотечения F1a-F1b выполняли ЭГ, при РК выполняли повторный ЭГ. При высоком риске РК активно применяли превентивный эндогемостаз при динамической эндоскопии для выполнения радикальных операций в более благоприятных условиях в отсроченном порядке.

Результаты и обсуждение: в I группе ЭГ выполнен 75 (100%) пациентам со стигмами кровотечения F1a-F1b, во II группе – лишь у 30 (68%) больных с такими же эндоскопическими признаками. Эффективность первичного ЭГ при активном кровотечении составила 100% в I группе и 92% во II группе. РК после ЭГ в I группе возник у 22,7% пациентов, во II группе – у 34,5%. Повторный ЭГ у больных I группы при РК после ЭГ выполнен во всех случаях и оказался успешным в 83,3% случаев. У больных II группы повторный ЭГ выполнен только у 50% больных с РК и оказался эффективным лишь у половины из них. Экстренные операции выполнены 10 (16,4%) больным II группы и 3 (3 %) пациентам I группы. По срочным показаниям прооперированы 13,1% больных II группы и 5 % пациентов I группы. В отсроченном порядке вмешательства выполнены 13,1% больных II группы и 17 % пациентов I группы. Паллиативные вмешательства выполнены у 2 (2%) больных I группы и у 5 (8%) пациентов II группы. Общая летальность составила 5 % в I группе и 13,1% в II группе, послеоперационная летальность – 8,3% и 19,2% соответственно. Больные, умершие в послеоперационном периоде, в обеих группах скончались после экстренных операций. Наилучшие результаты получены после реконструктивной резекции культи желудка со стволовой ваготомией, выполненной в отсроченном порядке. У 78 больных обеих групп прослежены отдаленные результаты лечения в сроки от 3-х до 14 лет. После выполнения реконструктивных вмешательств повторное язвообразование наблюдали у 4% больных. Крайне удручающие результаты получены при анализе результатов лечения больных с ПГРЯ, осложненными кровотечением, подвергшихся эндоскопической остановке кровотечения без последующего оперативного лечения. У 44% больных отмечено повторное язвообразование сразу же после отмены антисекреторной терапии, в том числе современными ингибиторами протонной помпы либо даже на фоне их применения. Повторное кровотечение развилось почти у 40% наблюдаемых больных, что потребовало выполнения эндоскопического гемостаза, либо неотложной операции, выполненной у 14% больных.

Выводы: 1. Применение современных методик ЭГ, динамической эндоскопии, повторного ЭГ позволяет снизить количество экстренных операций и летальность у больных с кровоточащими ПГРЯ. 2. Использование индивидуализированной тактики позволяет уменьшить число нерадикальных паллиативных операций. 3. У больных с ПГРЯ, осложненными кровотечением, в случае успешной неоперативной остановки кровотечения показано решение вопроса о патогенетически обоснованном оперативном вмешательстве в плановом порядке.

12. К вопросу о возможностях малоинвазивных технологий в лечении острого панкреатита

Володченко Н.П., Полянский С.А., Карпенко А.В.
Благовещенск

ГБОУ ВПО Амурская ГМА Минздрава России, ГАУЗ АО «Благовещенская городская клиническая больница»

Актуальность проблемы: заболеваемость острым панкреатитом в настоящее время неуклонно растёт. В структуре летальности при острых хирургических заболеваниях органов брюшной полости острый панкреатит занимает ведущую позицию.

Цель исследования: оценить возможности различных малоинвазивных технологий в комплексном лечении острого панкреатита.

Материалы и методы. Проведен анализ результатов лечения 973 пациента с острым панкреатитом за 3 года. Возраст больных колебался от 19 до 87 лет, лица трудоспособного возраста составили 681 (69,9%) человек. Мужчин было 594 (61%), женщин — 379 (39,0 %). Мужчины были преимущественно в возрасте 30-50 лет, большинство женщин старше 50 лет. Причинами развития острого панкреатита у 214 (21,9%) больных являлась желчнокаменная болезнь, а 567(58,3 %) – приём алкоголя, нарушение диеты, заболевание желудка и 12-перстной кишки, у 92(19,8%)-абдоминальная травма, в том числе вследствие ЭРПХГ и эндоскопической папиллотомии, пенетрации язвы 12 –перстной кишки в поджелудочную железу. В структуре патологии преобладали больные с отёчным панкреатитом (75,1%). Более 50% (688) больных поступили в стационар спустя 24 часа от момента заболевания. Диагностический алгоритм включал оценку клинических и лабораторных показателей, изучение анамнеза заболевания. Для выявления патологических изменения паренхимы поджелудочной железы и близлежащих органов (желчевыводящих путей, желудка и 12-перстной кишки) проводили УЗИ, КТ, гастроскопию, по показаниям - лапароскопию. Задачами лапароскопии являлись: исключение других заболеваний брюшной полости, прежде всего острой хирургической патологии – мезентериального тромбоза, острого аппендицита другой острой абдоминальной патологии, а также подтверждение или исключение диагноза острого панкреатита.

Результаты и обсуждение: из 973 больных, поступивших в хирургическое отделение, у 731 (75,1%) диагностирована отёчная форма острого панкреатита, у 242 (24,9%) деструктивные формы - жировой, геморрагический, смешанный панкреонекроз. Больных с отёчной формой острого панкреатита госпитализировали в хирургическое отделение, а пациентов с тяжёлым панкреонекрозом – в РАО. Всем больным, поступившим в хирургическое отделение, с диагнозом острый панкреатит проводилась базовая (стандартная) консервативная терапия. Консервативная терапия острого панкреатита включала: аспирацию желудочного содержимого, приём ингибиторов протонной помпы (омез, омепразол), коррекцию гомеостаза с помощью инфузии солевых и белковых растворов, проведение дезинтоксикационной терапии; антибиотикотерапии. Продолжительность лечения больных с отёчной формой панкреатита в стационаре составила $12,5 \pm 2,3$ к/дня. Базисный лечебный комплекс при тяжёлом остром панкреатите РАО был дополнен антисекреторной терапией (сандостатин, октреотид 100мкг х3р подкожно) экстракорпоральными методами детоксикации (лечебный плазмаферез), антибиотики широкого спектра действия (цефалоспорины III-IV поколений или фторхинолоны II-III поколений в сочетании с метронидазолом). В фазу панкреатогенной токсемии и стерильного панкреонекроза малоинвазивные хирургические вмешательства проведены 193 (79,7%) из 242 больных с деструктивными формами острого панкреатита. Основными малоинвазивными вмешательствами являлись лапароскопия, санация и дренирование брюшной полости и чрескожные пункционные дренирующие вмешательства под контролем УЗИ. Показаниями к пункционным и дренирующим лечебным чрескожным вмешательствам

являлись панкреатогенные органические и внеорганические жидкостные образования. Лапароскопическая санация с дренированием брюшной полости выполнена у 179 (73,9%) больных с деструктивными формами панкреатита. Основными областями дренирования являлись сальниковая сумка, правое подреберье и полость малого таза. Дренажи из брюшной полости удаляли на 3–5 сутки после прекращения отделения экссудата. В случаях билиарного панкреатита, выполнялась видеолапароскопическая холецистэктомия с наружным дренированием холедоха, чрескожная чреспеченочная микрохолецистостомия под УЗИ - наведением, при вклиненном камне – папиллотомия. Малоинвазивные операции законченным видом хирургического лечения явились у 167 больных из 242 больных с деструктивным панкреатитом. Открытые операции, без применения малоинвазивных технологий, выполнены 75 больным с деструктивным панкреатитом. Показаниями в этих случаях были распространенный гнойный перитонит, билиарный панкреонекроз, обширные забрюшинные флегмоны, абсцессы. Из лапаротомного доступа были выполнены следующие оперативные вмешательства: абдоминализация поджелудочной железы с последующим дренированием сальниковой сумки, вскрытие и дренирование абсцессов (или флегмон) забрюшинной клетчатки, некрэктомию, а в случае билиарного панкреатита — холецистэктомия с различными вариантами наружного дренирования холедоха или холецистостомия. Продолжительность лечения при использовании малоинвазивных технологий составила 15,8 к/дней, летальность - 2,8% (2 пациента), при открытых операциях -37,3 к/дня, летальность 9,3%. Осложнения наблюдались у 4 (5,8%) пациентов.

Заключение: 1. Применение лапароскопии при остром панкреатите позволяет верифицировать характер патологического процесса и выполнить рациональную лечебную программу. 2. Внедрение малоинвазивных вмешательств (лапароскопия, пункции под контролем УЗИ) позволило уменьшить количество традиционных, «открытых» операций при остром деструктивном панкреатите и значительно снизить количество осложнений, летальность, сроки пребывания больных в стационаре.

13. Современный метод профилактики и лечения посттравматического панкреатита при сочетанных повреждениях органов брюшной полости.

Дегтярев О.Л.¹, Дёмин К. А.², Лагеза А.Б.¹

¹Ростов-на-Дону, ²Батайск

¹ФГБОУ ВО РостГМУ кафедра хирургических болезней ФПК и ППС

²ЦГБ г. Батайска

Актуальность проблемы. Современный подход к лечению осложненных форм сочетанных повреждений органов брюшной полости, как правило, осуществляется максимально быстро и в таком объеме, чтобы опережать развитие патологических процессов, и не допустить необратимости декомпенсации жизненно важных функций.

Цель работы. Определить возможность коррекции проводимого лечения с целью исключить развитие посттравматического панкреатита при сочетанных повреждениях органов брюшной полости.

Материалы и методы. Для описания объективно существующих причинно-следственных связей использовался язык клинического и математического моделирования. Сформирована выборка политравмы-сочетанной шокогенной травмы в количестве 469 клинических случаев. Нами разработан способ интраоперационного профилактического лечения ишемических повреждений поджелудочной железы и печени при сочетанной шокогенной травме (Патент РФ № 2620496). Способ предназначен для ранней интраоперационной коррекции ишемических и реперфузионных повреждений поджелудочной железы и печени.

Результаты и обсуждения. Основной причиной развития острого посттравматического панкреатита в отсутствие механических повреждений поджелудочной железы может являться, прежде всего, ишемия органа, вызванная

шоковыми расстройствами гемодинамики с нарушениями микроциркуляции. При различных формах сочетанной травмы живота операционная активность, как правило, достигает 85 – 92% и значительно превосходит таковую при повреждении других органов и систем. При этом выявлено, что повреждение селезенки в различных сочетаниях при повреждении других органов и систем встречается в 23 – 40 % наблюдений. При этом в 99 % наблюдений основной операцией при разрыве селезенки является спленэктомия, и это несмотря на развитие малоинвазивных и органосохраняющих операций в современном арсенале неотложной хирургии. В осложнениях ближайшего послеоперационного периода после спленэктомии острый панкреатит занимает ведущее место и диагностируется у пациентов в 15,6 – 47 % случаев. По нашим наблюдениям, от момента получения травмы до появления первых признаков острого посттравматического панкреатита проходит от 6 до 12 часов. Как правило, в это время пациенту необходимо проводить лечение, направленное на профилактику осложнений острого посттравматического панкреатита (ОТП). Принимая во внимание ишемическую стадию развития острого панкреатита в постшоковом периоде травматической болезни, основной путь профилактики развития посттравматического панкреатита сводится к своевременной и полной коррекции гемодинамических нарушений. Острый посттравматический панкреатит – этапное осложнение травматической болезни, а значит, попадает под категорию патологических процессов, которые поддаются прогнозированию развития и медикаментозно – хирургической коррекции в плане исключения этого осложнения из факторов, неблагоприятно сказывающихся на исходах лечения сочетанной шокогенной травмы.

Выводы. 1. Современная и полная коррекция шоковых гемодинамических нарушений острого периода ТБ – основной путь профилактики ОТП в отсутствие механических повреждений паренхимы ПЖ. 2. Способ лечения является эффективным и безопасным и может внедряться в лечебную практику хирургических стационаров, оказывающих помощь пострадавшим с сочетанной шокогенной травмой. 3. Применение способа позволяет снизить частоту ОТП и ОПечНед при сочетанной шокогенной травме, повысить выживаемость, исключить тяжелые этапные осложнения, снизить летальность у данной категории пострадавших.

14. Современный подход к использованию лапаролифтинга и выбору тактики оперативного лечения у пациентов с наличием неблагоприятного фона.

Дегтярев О.Л.¹, Лагеза А.Б.², Красенков Ю.В.³, Абрамянц М.Х.⁴

^{1,2,3}Ростов-на-Дону, ⁴Батайск

^{1,2}ФГБОУ ВО РостГМУ, кафедра хирургических болезней ФПК и ППС

³ФГБОУ ВО РостГМУ кафедра оперативной хирургии и топографической анатомии

⁴ЦРБ г. Батайска

Актуальность проблемы. Лапароскопические операции в последние годы широко востребованы в современной хирургии. Однако, как известно, любой метод имеет свои преимущества и недостатки, а также и осложнения. При анализе осложнений в лапароскопической хирургии внимание уделяется преимущественно “местному статусу”. Это привело, в свою очередь, к совершенствованию алгоритма отбора пациентов с калькулезным холециститом и значительным риском патологических изменений билиопанкреатодуоденальной зоны.

Цель работы. Определить эффективность лапароскопических операций у пациентов пожилого и старческого возрастных периодов с неблагоприятным фоном (сердечно-сосудистая патология и патология дыхательной системы) используя оригинальный способ предоперационной псевдоабдоминальной компрессии (патент РФ 2612828).

Материалы и методы. На базе хирургического отделения ЦРБ г. Батайска было проведено плановое оперативное лечение 97 пациентов с диагнозом - желчнокаменная болезнь. Средний возраст пациентов составил 67,7 лет. Больные были разделены на две

сопоставимые клинические группы: в первую группу (n=69) вошли пациенты, у которых выполнялось традиционное предоперационное обследование, во вторую группу (n=65) вошли пациенты, у которых дооперационное обследование дополнялось псевдоабдоминальной компрессией (патент РФ 2612828) с целью изучения влияния повышенного внутрибрюшного давления на функции сердечно-сосудистой системы, интраоперационно с помощью УЗИ оценивали функции сердца, и дополнительно отслеживали основные показатели внешнего дыхания.

Результаты и обсуждения. Распространение заболеваний сердечно-сосудистой и дыхательной систем организма ассоциируется с высокой летальностью и представляет существенную проблему здравоохранения. Коморбидность ограничивает применение лапароскопической техники, в связи с чем, выбор метода создания рабочего пространства в брюшной полости у пациентов с низким компенсаторным резервом сердечно-сосудистой и дыхательной систем является актуальной проблемой современной хирургии. С момента создания шкалы оценки анестезиологического риска ASA (American Society of Anesthesiologists) разработано множество шкал, при создании которых одной из задач являлась оптимизация процесса отбора больных и определение тактики лечения. Однако ни одна из шкал не внесла ясности в выбор метода создания рабочего пространства в брюшной полости у пациентов с факторами риска снижения компенсаторных резервов дыхательной и сердечно-сосудистой систем, чем соответственно определены цель и задачи исследования. Мы ставили целью исследования: повышение эффективности лапароскопических операций путем объективизации выбора метода вмешательства – лапароскопия в условиях напряженного карбоксиперитонеума или лапароскопия с лапаролифтингом. В задачи исследования входило: 1. У пациентов, соответствующих критериям включения и исключения, установить факторы риска снижения основных показателей деятельности сердца и внешнего дыхания в условиях повышенного внутрибрюшного давления. 2. Учитывая установленные факторы риска снижения основных показателей деятельности сердца и внешнего дыхания обосновать алгоритм дооперационного клинико-инструментального обследования и выбор оптимального способа оперативного вмешательства. 3. Выполнить анализ результатов внедрения в клиническую практику алгоритма определения показаний для выполнения лапароскопических операций в условиях лапаролифтинга. В результате установлены основные факторы риска снижения основных показателей деятельности сердца и внешнего дыхания при повышении внутрибрюшного давления, определены их прогностические характеристики (чувствительность, специфичность, точность).

Выводы. “Способ определения показаний для лапароскопических операций в условиях карбоксиперитонеума и лапаролифтинга” вносит вклад в расширение представлений о влиянии внутрибрюшного давления на функции сердечно-сосудистой и дыхательной систем. Использование методики предоперационной псевдоабдоминальной компрессии (патент РФ 2612828) позволяет статистически достоверно улучшить показатели лечения и расширить показания к эндохирургическому вмешательству у пожилого и старческого возрастных периодов с неблагоприятным фоном.

15. Эндоскопическая тотальная экстраперитонеальная герниопластика паховых грыж

Шестаков А.М.¹, Дегтярев О.Л.², Лагеза А.Б.³, Красенков Ю.В.⁴

¹Веселовский р-н, ^{2,3,4}Ростов-на-Дону

¹МБУЗ ЦРБ Веселовского района Ростовской области,

^{2,3}ФГБОУ ВО РостГМУ кафедра хирургических болезней ФПК и ППС

⁴ФГБОУ ВО РостГМУ кафедра оперативной хирургии и топографической анатомии

Актуальность проблемы. Сегодня ТЕР операция прочно вошла в арсенал хирургов, занимающихся лечением паховых грыж. Большинство исследователей соглашаются в том, что ТЕР показана при двусторонних паховых грыжах. Тенденция современной хирургии минимизировать операционный доступ и операционную травму привел к развитию однопортового направления в эндохирургии (SILS – single incision laparoscopic surgery). Однако, ряд недостатков этого метода- необходимость использования дорогостоящего оборудования, конфликт инструментов, заставляют исследователей искать компромиссные решения, такие как варианты SILS+1 или “reduced port”.

Цель работы. Разработать вариант снижения интраоперационных осложнений при выполнении ТЕР герниопластики, включающий создание первичной операционной полости в предбрюшинном пространстве посредством клинка-диссектора, предложенного нами. Патент РФ № 2626556.

Материалы и методы. Исследования выполнены на секционном материале городского бюро судебно-медицинской экспертизы г. Ростова-на-Дону. Выполняли диссекцию нижнего этажа передней стенки живота путем проведения подковообразного разреза от лонной кости до уровня пупочного кольца и к передней верхней ости подвздошной кости, аналогичный доступ с контрлатеральной стороны, при этом сохраняли полнослойный мостик ткани передней стенки живота по средней линии живота шириной 3 см. После послойной препаровки тканей образован- первый лоскут - кожа и ПЖК; второй - мышечно-апоневротический. Оба лоскута отводились книзу, тем самым открывая предбрюшинное пространство. Далее мы моделировали ТЕР операцию в двухпортовом варианте. Гипоумбиликальный разрез кожи, ПЖК и переднего листка влагалища прямой мышцы живота до 2-3 см - это точка введения единого порта - применяли эндорт единого лапароскопического доступа (ППП, Казань) для 10 мм эндоскопа и одного из рабочих инструментов, дополнительный порт ставили на 5 см над лоном по средней линии, куда вводили 5 мм троакар. Мы пытались провести диссекцию пахового региона путем комбинации различных эндохирургических инструментов (изогнутый зажим из набора единого лапароскопического доступа ППП, Казань, прямой 5 мм эндозажим и зажим-ротикюлятор фирмы Covidien из набора SILS), а также расправить сетчатый имплантат над паховой областью так, как это принято в традиционной ТЕР без раскроя сетки. Манипуляцию повторяли с обеих сторон.

Результаты и обсуждения. Во всех случаях оказалось удобнее использовать основной прямой рабочий инструмент в дополнительном 5 мм порте, тогда как в единый порт помимо эндоскопа целесообразно устанавливать дополнительный инструмент. При этом мы отметили, что для эффективной работы изогнутым инструментом набора лапароскопического доступа (ППП, Казань) требуется значительное операционное пространство. Радиус дуги зажима не позволяет эффективно манипулировать в преперитонеальном пространстве - когда дуга инструмента открыта к средней линии, возникает контакт с углом Дугласовой линии. Разворот инструмента вокруг продольной оси на 180 градусов приводит к конфликту с инструментом в дополнительном порту, также кривизна инструмента не позволяла работать им на расстоянии ближе, чем 12 см от порта. В условиях ограниченного преперитонеального пространства такой зажим использовать невозможно. Использование изогнутого зажима становится возможным в случае расположения единого порта на уровне или несколько выше пупочного кольца из доступа по внешнему краю прямой мышцы живота контрлатеральной стороны (extended ТЕР или e-ТЕР) - таким образом возможно увеличить операционное пространство, однако, такой доступ лишает операцию косметических преимуществ и не используется при двусторонней грыже. Ротикюлятор Covidien, введенный через единый лапароскопический порт использовать гораздо удобнее - угол кривизны можно изменять, инструмент не требует значительного пространства, позволяет избежать конфликта рук оперирующей бригады. Привычная геометрия инструмента позволяет работать прецизионно, без конфликта инструмента с эндоскопом.

Выводы. Безбаллонный вариант операции для хирургов, освоивших ТЕР, не представляет технической сложности при внебрюшинном доступе с использованием

клинка-диссектора, так как облегчает доступ в предбрюшинное пространство и исключает возможные варианты осложнений.

16. К вопросу о возможностях малоинвазивных вмешательств при лечении желчнокаменной болезни у лиц пожилого и старческого возраста

Володченко Н.П., Иванощук П.И., Шапошников А.А., Бабинцева А.П.
Благовещенск

Амурская медицинская академия Благовещенская городская клиническая больница

Желчнокаменная болезнь относится к числу широко распространённых заболеваний. По данным большинства исследований от 10 до 25% населения страдает желчнокаменной болезнью. Среди данной категории больных преобладают лица женского пола, пожилого и старческого возраста, в большинстве случаев имеющие тяжелые сопутствующие соматические заболевания, составляющие так называемую группу риска

Цель исследования: оценить возможности различных малоинвазивных технологий в лечении желчнокаменной болезни.

Материалы и методы. Проведен анализ результатов лечения 309 больных с желчнокаменной болезнью, из них 114 поступили в плановом порядке, 195 (63,1%) - по экстренным показаниям с клиникой острого калькулёзного холецистита, 136 (69,7%) пациентов с клиникой острого холецистита поступили спустя 24 часа от момента заболевания, у 73 (37,9%) ЖКБ, была осложнённая механической желтухой. Возраст больных колебался от 35 до 85 лет, средний возраст $61,2 \pm 2,3$ года, 253 (81,8%) составили лица женского пола, пожилого и старческого возраста, имеющие различные сопутствующие заболевания. Средняя длительность заболевания при ЖКБ, остром холецистите колебалась от 1 до 5 дней, составила в среднем $2,0 \pm 1,1$ дня, при ЖКБ, хроническом калькулёзном холецистите - $3,1 \pm 2,3$ года, длительность желтухи - от 1 до 18 дней. Диагностический алгоритм кроме клинического и лабораторного исследования включал: УЗИ печени, желчевыводящих путей, поджелудочной железы, ФГДС, по показаниям - ЭРХПГ, КТ, лапароскопию.

Результаты исследования. Плановые оперативные вмешательства в объёме лапароскопической холецистэктомии были проведены 109 больным, из мини доступа-5 с желчнокаменной болезнью, хроническим калькулёзным холециститом. Пациенты были выписаны на 5 сутки после операции, послеоперационные осложнения наблюдались у 2 (1,75%). По экстренным показаниям с диагнозом ЖКБ, острый калькулёзный холецистит поступило 195 (63,2%) больных, из них у 73 (37,4%) была механическая желтуха. Больным с механической желтухой было проведено этапное лечение. На первом этапе – декомпрессия желчевыводящих путей, устранение желтухи, на втором этапе – холецистэктомия, дренирование желчных путей. Из 73 больных с механической желтухой 62 (84,9%) выполнили внутренне дренирование - ЭПСТ с проведением эндоскопической транспапиллярной холедохолитоэкстракции и эндоскопического назобилиарного дренирования. Показаниями для выполнения ЭПСТ с транспапиллярным дренированием, помимо явлений множественного холедохолитиаза и холангита, явилось наличие у больных желтухи средней и тяжелой степени. Осложнения наблюдались у 4 (6,4%) больных, у 2 - перфорации стенки 12 перстной кишки, у 1- кровотечение и развитие тяжёлого панкреатита у 1 больного, 3 больным потребовались экстренные оперативные вмешательства для устранения осложнений ЭПСТ. Наружное дренирование выполнено 11 (15,1%) больным в виде пункционных вмешательств, под контролем УЗИ. Из них 5 пациентам были установлены чрескожные пункционные холецистостомы, 6- чрескожные пункционные холангиостомы. Декомпрессионные малоинвазивные хирургические вмешательства выполнялись под местной анестезией. Через 7–14 дней, после проведения малоинвазивных вмешательств и нормализации показателей функционального состояния печени, выполнялся второй

этап лечения - лапароскопические холецистэктомии 53 больным, операции из мини доступа - 6 больным. Срединная лапаротомия, холецистэктомия, холангиография и дренирования желчных протоков выполнены 14 пациентам. Лапаротомии выполнялись при технической невозможности выполнения ЭПСТ (после перенесенной резекции по Бильрот-2), при дуоденальных дивертикулах и других неблагоприятных для канюляции изменениях БСДК, интраоперационных осложнениях ЭПСТ (ущемление или поломка корзинки Dormia), ретродуоденальной перфорации и перитоните. Летальность при ЖКБ, калькулёзном холецистите, осложнённом механической желтухой, составила 5,7%.

Выводы. 1. При лечении ЖКБ, осложнённой механической желтухой у лиц пожилого и старческого возраста наиболее рациональным является применение двухэтапного хирургического лечения. 2. Выполнение малоинвазивных хирургических технологий при ЖКБ, осложнённой механической желтухой даёт возможность отказаться от экстренных оперативных вмешательств и проводить оперативное вмешательство в более выгодных условиях, после стабилизации общего состояния больного, что способствует снижению послеоперационной летальности и более ранней реабилитации этих пациентов.

17. Эффективность лечебно-диагностической лапароскопии в раннем послеоперационном периоде

Стебунов С.С., Глинник А.А., Германович В.И., Руммо О.О., Шило Р.В.
Минск, Республика Беларусь
ГУ Минский НПЦ хирургии, трансплантологии и гематологии

Актуальность. Диагностика и лечение ранних послеоперационных внутрибрюшных осложнений в настоящее время остается во многом нерешенной проблемой. В первую очередь это связано со сложностью их распознавания и выбором оптимального варианта оперативного вмешательства. Универсальным и высокоинформативным методом инструментальной диагностики ранних послеоперационных внутрибрюшных осложнений является лапароскопия. Возможности этого метода сопоставимы с таковыми при релапаротомии, что позволяет использовать его при различных осложнениях.

Цель. Изучить структуру ранних послеоперационных осложнений у больных, первично оперированных по поводу различных заболеваний органов брюшной полости и показать возможности лапароскопии в диагностике и лечении этих осложнений.

Материалы и методы. В диагностике и лечении послеоперационных осложнений на органах брюшной полости лапароскопия использовалась у 396 больных. Выполнено 400 лечебно-диагностических лапароскопий пациентам в возрасте от 16 до 86 лет. Сроки выполнения повторного вмешательства от 2 часов до 9 суток. Характер первичных операций: 35% оперативных вмешательств (138 пациентов) были выполнены по срочным показаниям и 65% (258 пациентов) были плановые. Операции на печени и желчевыводящих путях были произведены в 245 случаях, на желудке и двенадцатиперстной кишке – 58, на других отделах кишечника – 12, аппендэктомия – 28, грыжесечение – 23, операции при травмах и ранениях брюшной полости – 8, операции на органах малого таза – 8, прочие - 14.

Результаты и обсуждение. По результатам диагностической лапароскопии все пациенты разделены на три группы: 1 группа - 67 пациентов (17%), осложнения при лапароскопии исключены; 2-я группа – 79 пациентов (20%) – выставлены показания для лапаротомии; 3-я группа 250 (63%) – использованы лапароскопические методы лечения осложнений. Лапароскопические методы лечения осложнений явились окончательными у 250 пациентов: распространенный перитонит - 43; местный перитонит (в том числе желчный) - 103; абсцессы брюшной полости - 51; внутрибрюшные кровотечения - 19; спаечная кишечная непроходимость - 28; острая перфоративная язва 12 перстной кишки

и тонкого кишечника - 6. Эффективность лапароскопии при кровотечениях: лапароскопия, как окончательный метод остановки кровотечения – 19 случаев (91%); конверсия – 2 случая (9%). Условиями лапароскопического лечения спаечной кишечной непроходимости явились сохранение моторной функции кишечника, отсутствие некроза его отделов, лапароскопический контроль пассажа кишечного содержимого ниже препятствия. Локализация послеоперационных абсцессов (53 пациента): подпеченочное пространство - 14, поддиафрагмальное пространство - 7, малый таз - 8, абсцесс правой подвздошной ямки - 11, межпетлевые абсцессы – 8, забрюшинные абсцессы – 5. Результаты лапароскопического лечения при абсцессах брюшной полости: лапароскопия, как окончательный метод лечения - 51; конверсия – 2; динамическая (повторная) лапароскопия – 4. Разработан алгоритм выбора метода лечения послеоперационных абсцессов брюшной полости. Пункция и дренирование гнойников брюшной полости под ультразвуковым контролем является методом выбора. При неэффективности или невозможности эхоконтролируемых вмешательств (пункций и дренирований) была показана лечебно-диагностическая лапароскопия. Применяемые санационные мероприятия при перитоните во время лапароскопии: механическое удаление экссудата; тщательное разделение всех сращений; опорожнение гнойников и скоплений экссудата; выявление причины перитонита, наличия перфорации полого органа, несостоятельности анастомозов; промывание брюшной полости растворами антисептиков с последующей активной аспирацией; максимальное удаление фибриновых наложений на органах и париетальной брюшине; опорожнение и санация гематом с выявлением и ликвидацией источников кровотечения; дренирование полости абсцессов и свободной брюшной полости; профилактика вторичных нагноений раны и эвентрации внутренних органов.

Выводы. Лапароскопия является универсальным, высокоинформативным и относительно безопасным методом диагностики в раннем послеоперационном периоде, позволяющим установить факт, вид внутрибрюшного осложнения и провести своевременное их лечение. Использование лапароскопических технологий лечения ранних послеоперационных внутрибрюшных осложнений привело к достоверному снижению летальности и улучшению результатов лечения пациентов. Окончательным методом диагностики и лечения лапароскопический метод явился у 80% пациентов, что позволило избежать у них лапаротомии и релапаротомии.

18. Пункционная декомпрессия желчного пузыря при остром холецистите

Нажмудинов З.З., Бекемурзаев Ш.Ш., Гусейнов А-К.Г.

Махачкала

ФГБОУ ВО «Дагестанский государственный медицинский университет» МЗ РФ

Актуальность: не смотря на достигнутые большие успехи в желчной хирургии, выполнения хирургического пособия по поводу острого калькулезного холецистита сопровождается относительно высоким процентом осложнений и летальных исходов, особенно у пациентов с сопутствующей патологией сердечно-сосудистой и дыхательной системы, а так же пожилого и старческого возраста. В связи с чем, необходимо добиться купирования острого воспалительного процесса у этой группы пациентов малоинвазивными методами, учитывая высокую степень операционно-анестезиологического риска.

Задача: анализ эффективности пункционного дренирование желчного пузыря под ультразвуковым наведением при остром обтурационном холецистите у больных, имеющих противопоказания к радикальной операции.

Материалы и методы: пациентам, отнесенным в группу риска; пожилого и старческого возраста с сопутствующей патологией сердечно-сосудистой и дыхательной систем и высоким операционно-анестезиологическим риском, выполняли дренирование желчного пузыря под контролем УЗИ. Пункционное дренирование с последующим

санацией ЖП выполнено 86 больным в возрасте от 48 до 81 года. Чрескожная-чрезпеченочная дренирование выполнялась одноразовыми иглами Chiba 22G. После пункции в просвет желчного пузыря устанавливали дренажную трубку по проводнику, ЖП отмывался до чистых вод и интрапузырно вводились антибиотики. Критерием дренирование ЖП явилось: отсутствие положительного эффекта от консервативной терапии в течение 12 часов с момента поступления, увеличения в размерах, утолщение стенки 4-5мм., двойной контур стенки без деструкции, вклиненный в шейку ЖП конкремент «отключенный ЖП» и декомпрессия желчных путей при билиарном панкреатите.

Результаты: при пункции из ЖП в 65(75%) случаях получена мутная застойная желчь, с хлопьями фибрина, в 18(21,6%) случаях гнойное содержимое и в 3(3,4%) случаях чистая желчь. После дренирование и санации желчного пузыря под УЗ наведением отмечалось значительное улучшение состояния пациентов: купировался болевой синдром, снижалась уровень лейкоцитоза и температура. На фоне проводимой антибиотика терапии наступает разблокирование пузырного протока. В динамике на УЗИ подтверждается снятие воспалительного процесса. Всем пациентам выполнена фистулография, на котором в 59(68,6%) случаях отмечали контрастирование ЖП и билиарного дерева, в 24(28,0%) случаях контрастированы только общий желчный, правый-левый и внутри печеночные протоки, конкремент в дистальном отделе холедоха и в 18(21,0%) случаях контрастирован только ЖП, конкремент в пузырном протоке. Осложнения, связанные с чрескожной-чрезпеченочной пункционной декомпрессией желчного пузыря в наших наблюдениях, не отмечалось.

Выводы: пациентам с диагнозом острый калькулезный холецистит, при наличии сопутствующей патологией сердечно-сосудистой и дыхательной системы, а так же пожилого и старческого возраста с высокой степенью операционно-анестезиологического риска, при отсутствии эффекта от проведенной консервативной терапии и без деструкции стенки пузыря целесообразно проводить малоинвазивное декомпрессионное вмешательство: чрескожная-чрезпеченочная дренирование желчного пузыря под УЗИ контролем. Это обеспечивает ликвидацию внутрипузырной гипертензии, снятия болевого синдрома и снижение интоксикации, улучшение регионарной микроциркуляции, а также снижает вероятность прогрессирования деструктивного процесса в стенке ЖП, что ведет к сокращению сроков лечения подобных больных. Как правило, пациенты выписаны из клиники на 8-12 сутки. Радикальное оперативное вмешательство выполнено спустя 2,5-3 месяца после дренирование ЖП. В 12 (14%) случаях из 86, при ЛХЭ выявлен инфильтрат в гепатобиллиарной зоне, что привело в 7(8%) случаях к конверсии.

Заключение: несомненно, что чрескожно-чрезпеченочное пункционное декомпрессия желчного пузыря, является паллиативным методом при лечении пациентов ЖКБ, однако при наличии противопоказаний к радикальной операции у пациентов с сопутствующей патологией сердечно-сосудистой и дыхательной системы, а так же пожилого и старческого возраста – хорошая альтернатива вынужденным экстренным и срочным операциям.

19. Наш опыт миниинвазивного лечения острого холецистопанкреатита

Иманалиев М.Р., Нажмуудинов З.З., Гусейнов А-К.Г.
Махачкала

ФГБОУ ВО «Дагестанский государственный медицинский университет» МЗ РФ

Актуальность. В данной работе приведены результаты лечения пациентов с холедохолитиазом, стриктурой холедоха и перипапеллярным дивертикулитом. Метод лечения ПСТ, литоэкстракция. Частота сочетанных поражений билиарной системы и поджелудочной железы составляет, по данным различных авторов, от 24 до 70%. /Ю.Н. Кузнецов- 2002/. Больные с острым холециститом и острым панкреатитом занимают по

частоте в последние годы первое место среди экстренно госпитализированных. В развитии острого холецисто-панкреатита ведущую роль принадлежит патологии большого дуоденального соска (БДС). БДС является основным местом, где возникает постоянное или временное препятствие оттоку желчи и панкреатического сока и развивается протоковая гипертензия, особенно при ЖКБ осложненной холедохолитиазом. В решении этих задач ведущее место в настоящее время принадлежит эндохирургическим технологиям. Это эндоскопическая папиллосфинктеротомия (ЭПСТ) и операция на желчевыводящих путях.

Материалы и методы. Эндохирургические методы лечения нами применены у 135 пациентов за 12 месяцев, все они находились на лечении в клинике хирургии на базе РКБ СЭМП. Среди них: ЭПСТ произведена 67 (49,6%) пациентам с ОХП и с холедохолитиазом. Интрапапиллярным дивертикулитом – 36 (26,6%) пациентам. Резудиальным холедохолитиазом – 23(17,0%) пациентам. В сочетании ОХП, интрапапиллярным дивертикулитом и холедохолитиазом – 22 (16,0%) пациентам. Возраст больных колебался от 24 до 78 лет. Большая часть пациентов женщин-94 (70 %), мужчин – 41 (30 %). Показанием к проведению ЭПСТ у всех пациентов явились клинические, лабораторные, ультразвуковые и эндоскопические симптомы гипертензии в желчевыводящих путях, нарушения оттока желчи и панкреатического сока через большой дуоденальный сосок. До операции в 19 случаях удален вклиненный конкремент терминального отдела холедоха при экстренной ЭПСТ, по данным УЗИ диаметре холедоха более 10 мм. Операции произведены в сроки от первых до 15 суток: экстренные – 15, срочные – 12, остальные – отсроченные. Наибольшее количество 94(70%) операции произведено на 5-8 сутки с момента госпитализации. В предоперационном периоде всем 135 (100%) пациентам произведена ФГДС с целью изучения БДС. 43(32%) пациентам произведена ретроградная холангиография. У 34(25,0%) пациентов ПСТ сопровождалась с литотрипсией и литоэкстракцией.

Результаты и их обсуждение. При оценке результатов ЭПСТ нами выделены три варианта клинического эффекта: Первый вариант – хороший эффект, когда после ПСТ наступает стихание основных клинических симптомов в течение 1 суток. Второй вариант – удовлетворительный, наступает значительное улучшение состояния пациента, уменьшение болевого синдрома, улучшение объективной картины со стороны живота, положительная динамика лабораторных показателей. Третий вариант – неудовлетворительный, когда улучшения состояние в течение заболевания после ЭПСТ не выявлено, нет динамики. Хороший и удовлетворительный результат ЭПСТ наблюдался у 95 (70,0%) пациентов из 135 с ОХП и с Холедохолитиазом, Интрапапиллярным дивертикулитом и Резудиальным холедохолитиазом. Удовлетворительный результат отмечался у 25 (18,5%) и неудовлетворительный у 9 (6,6%) пациентов. Нами проведен анализ эффективности ЭПСТ в зависимости от сроков ее проведения. Положительный результат наблюдается значительно чаще при проведении ЭПСТ в первые трое суток. Наилучшие показатели при этом отмечаются в группе больных, которым ЭПСТ произведена в первые 6-12 часов с момента госпитализации. При ЭПСТ позже трое суток положительный результат отмечен в 45 (33,5%), неудовлетворительный – в 11 (8,2%). Эндоскопически конкременты терминального отдела холедоха удалены у 46 (35,0%) пациентов. При анализе результатов ЭПСТ в зависимости от протяженности папиллосфинктеротомии выявлено следующее: положительный результат чаще отмечался при длине ЭПСТ 10-15 мм. Осложнения вовремя или в связи ЭПСТ возникли у 26 (19,0%) пациентов. В 18 (69,2%) случаях – кровотечение (кровопотеря незначительная). После эндоскопической ретроградной холангиопанкреатографии в сочетании с ЭПСТ, в 4 (15,3%) случаях - повторный приступ панкреатита, в 3(11,5%) - сочетание кровотечения с панкреатитом и в 1 (3,8%) случаи анафилактический шок на введения контраста при РПХГ. Во всех случаях исход выздоровлением.

Выводы. 1. ЭПСТ является эффективным малоинвазивным вмешательством при ОХП с холедохолитиазом, интрапапиллярным дивертикулитом и резудиальным

холедохолитиазом. 2.Своевременная ЭПСТ позволяет купировать воспалительный процесс, предупреждает развитие осложнения заболевания, позволяет выполнить оперативное вмешательство в более благоприятных условиях. 3.Выявлении причины ОХП с холедохолитиазом, интрапапиллярным дивертикулитом и резудуальным холедохолитиазом, помогает РХПГ, а ПСТ с литотрипсией и литоэкстракцией позволяют с минимальной инвазией ликвидировать эти патологии.

20. Роль большого дуоденального сосочка в лечении острого панкреатита

Кульчиев А.А.¹, Хестанов А.К.¹, Морозов А.А.¹, Карсанов А.М.¹, Тигиев С.В.²,
Перисаева Э.А.¹

Владикавказ

¹ГБОУ ВПО СОГМА Минздрава РФ, кафедра хирургических болезней №3, г.
Владикавказ

²НУЗ «Узловая больница на ст. Владикавказ ОАО «РЖД»

Актуальность проблемы: билиарный панкреатит на сегодняшний день составляет 35-45% случаев.

Цель исследования: улучшение результатов лечения и снижения летальности при остром панкреатите.

Материалы и методы: для решения поставленной цели проанализированы результаты лечения в двух группах больных. Первая группа, сравнения-140, которая классифицировалась по Атлантской (1992) классификации и лечилась по рекомендованным, на тот момент, стандартам, - с 1992 по 1999 гг. Вторая группа больных (198)-основная, с 2000 по 2017 гг., которая классифицировалась по предлагаемой видоизмененной классификации на основе осмотра БСДПК и лечилась с учетом этиопатогенеза и стадийности панкреатита.

Результаты и обсуждение: панкреонекроз в обеих группах был разным, в группе сравнения он составил 40%; в основной группе 27.3%. Из них инфицирование панкреонекроза произошло в группе сравнения в 64% случаях, в основной группе в 33.3%. Это доказывает обоснованность патогенетического поэтапного лечения панкреонекроза. По тяжести течения (RANSON) панкреонекроза, больные распределились следующим образом: 1 группа (56): легкая степень – 5, средней тяжести – 22, тяжелая – 29 (51.8%). Основная группа (54): легкая степень – 8, средней тяжести – 14, тяжелая – 32 (33.3%). По степени тяжести течения панкреонекроза меньший процент тяжелых больных в основной группе. До 2000 г. больным целенаправленно не исследовали БСДПК. С 2000 г. всем больным с диагнозом острый панкреатит считаем обязательным изучение состояния БСДПК. Поэтому в данной работе приводятся данные о функциональном состоянии БСДПК в основной группе. Из 198 больных основной группы, осмотреть БСДПК удалось у 198. При ФГДС у 78 выявлены различные патологические состояния билиарной системы и БСДПК: ущемленный камень сосочка – 12, выраженный папиллит с нарушением функции сосочка – 32, холедохолитиаз в сочетании со стенозом БСДПК – 17, дивертикулы в области БСДПК – 4, наличие мелких желчных конкрементов в ДПК – 13, на фоне выраженного папиллита. При эндоскопической оценке состояния зоны БСДК было отмечено, что в описательной картине встречаются разнообразные признаки, которые могут характеризовать наличие протоковой гипертензии и степень выраженности обтурации протоковой системы. Отмеченные признаки были систематизированы для комплексной оценки зоны БСДК. Это позволило разработать эндоскопическую классификацию изменений зоны БСДК. Признаки, характеризующие наличие протоковой гипертензии: 1) содержание желчи в ДПК- значительное количество, небольшое, следы, отсутствие; 2) визуальная оценка БСДК-без изменений, воспален, выбухает, вклиненный камень; 3) визуальная оценка интрадуоденальной части БДС(продольная складка) - не выражена, выражена, продольная складка с отеком. На основе комбинации этих признаков составлена

классификация обтурационных изменений, выявляемых при дуоденоскопии по степеням: I степень- наличие значительного количества желчи, БСДК без изменений, продольная складка не выражена- можно судить об отсутствии признаков обтурации БСДК; II степень - значительное количество желчи, гиперемия БСДК, продольная складка не выражена- соответствует минимальным изменениям, признаки обтурации отсутствуют; III степень - небольшое количество желчи, гиперемия БСДК, продольная складка выражена - умеренно выраженные изменения зоны БСДК, относительные признаки обтурации; VI степень- отсутствие желчи или следы желчи, гиперемия/выбухание БСДК, продольная складка выражена, возможно наличие отека или напряжения- признаки обтурации; V степень- отсутствие желчи, выбухание БДС с вклиненным камнем, отечная складка, гиперемия, напряжение- абсолютные признаки обтурации. При установлении острого билиарного панкреатита основной задачей считаем снятие гипертензионного синдрома в панкреатобилиарной системе, методом эндоскопических вмешательств на БСДПК(ЭПСТ). Если это невозможно, то прибегаем ко всем существующим способам снятия блокады БСДПК (чрескожное чреспеченочная холангиостомия, лапароскопическая холецисто-холангиостомия, открытая холецисто – холедохостомия минидоступом). В литературе не однозначное отношение к ЭПСТ при остром панкреатите. Более того большинство авторов негативно относятся к этому вмешательству.

Выводы: все больные с острым панкреатитом подлежат осмотру БСДК. Предлагаемая классификация и основанная на ней этапная этиопатогенетическая тактика лечения острого панкреатита позволила снизить летальность от осложненных форм панкреонекроза с 26,2 % при общепринятых классификаций и методов лечения до 12,5 %.

21. Лечение острого калькулезного холецистита у лиц пожилого и старческого возраста

Кульчиев А.А.¹, Тигиев С. В.², Морозов А.А.¹, Карсанов А.М.¹, Перисаева Э.А.¹
Владикавказ

¹ФГБОУ ВО СОГМА Минздрава России, г. Владикавказ, кафедра хирургических болезней №3

²НУЗ «Узловая больница ст. Владикавказ ОАО «РЖД»

Актуальность проблемы: увеличение количества лиц пожилого и старческого возраста в структуре экстренной хирургической помощи при лечении ЖКБ и ее осложнений.

Цель исследования: улучшить результаты хирургического лечения пациентов пожилого и старческого возраста с ЖКБ, острым калькулезным холециститом и холецистохоледохолитиазом.

Материал и методы исследования: в работе использованы и обобщены результаты хирургического лечения 1096 больных пожилого и старческого возраста с острым калькулезным холециститом с использованием различных методик холецистэктомии в общехирургическом отделении Узловой больницы №2 на ст. Владикавказ ОАО РЖД с июня 2011 г. по декабрь 2018 г. В нашу клинику с июня 2011 по декабрь 2018 год обратилось 2177 пациентов пожилого и старческого возраста. Произведено всего 1718 холецистэктомий: плановых - 622, по экстренным, срочным и отсроченным показаниям - 1096. В клинике применяются три метода хирургического лечения ЖКБ, острого холецистита и холедохолитиаза: холецистэктомия мини-доступом, которая выполнена за указанный срок 444 (40.5%) больным, лапароскопическая холецистэктомия 630 (57.5%) больным и традиционная холецистэктомия 22(2%). В экстренном порядке поступило 1555 больных, оперировано из которых 1096. Оперативная активность - 70,5%. В послеоперационном периоде из 1096 больных, оперированных по поводу острого

калькулезного холецистита и холедохолитиаза, отмечено 16 осложнений, что составило (1,46%). Послеоперационная летальность 7 (0,64%).

Результаты и обсуждение: таким образом, сравнивая результаты лечения больных с острым калькулезным холециститом, холедохолитиазом в группах, были получены следующие данные: Эффективность лечения острого калькулезного холецистита и холедохолитиаза у лиц пожилого и старческого возраста достоверно выше в первой группе, чем во второй и в третьей. Количество осложнений в первой группе зафиксированы у трех больных, во второй группе у 6 и в третьей у 7 больных. Продолжительность стационарного лечения в первой группе меньше и составляет 7,3 суток. Средний к\день в третьей группе, где проводили ТХЭ, составил 16,3 суток и в группе ЛХЭ он составил 9+0,8 суток соответственно. Летальных случаев в первой группе один. Во второй и в третьей группе отмечено по три случая летального исхода. Подобный результат достигнут в значительной степени благодаря разработке дополнительного осветителя, позволяющего сократить время оперативного вмешательства, улучшить обзор и минимизировать интраоперационные осложнения. Создание дополнительного осветителя позволило сделать операцию из мини-доступа более комфортной для хирурга и более эффективной и безопасной для больного.

Выводы: 1. Холецистэктомия из мини-доступа является наименее травматичной из всех существующих методов холецистэктомии. 2. У больных с холецистохоледохолитиазом, без стеноза большого дуоденального сосочка, одноэтапное лечение из мини-доступа эффективно. 3. Холецистэктомия, выполняемая из минилапаротомного доступа, позволяет статистически достоверно сократить время операции, послеоперационные осложнения и длительность госпитализации пациентов. 4. Противопоказаниями к холецистэктомии из мини-доступа являются распространенный перитонит и необходимость проведения широкой ревизии брюшной полости.

22. Отдаленные результаты и качество жизни больных после ушивания перфоративной язвы из минидоступа

Бебуришвили А.Г., Панин С.И., Михайлов Д.В., Нестеров С.С., Шарашкина Л.В.
Волгоград
ФГБОУ ВО Волгоградский Государственный Медицинский Университет Минздрава
России

Цель работы. Оценить отдаленные результаты и качество жизни пациентов, перенесших операцию ушивания перфоративной язвы из минидоступа.

Материал и методы. Ушивание перфоративной язвы из минидоступа с лапароскопической санацией брюшной полости выполнено у 149 пациентов. Средний возраст пациентов составил $38 \pm 2,3$ лет. Мужчин было 89 % (n=134), женщин – 11 % (n=15). Отдаленные результаты определяли на основании критериев Visick, которые до настоящего время продолжают применяться в широкой клинической практике. Для оценки общего качества жизни использовали русскоязычную версию (МЦИКЖ, Санкт-Петербург, 1998) неспецифического опросника общего типа 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36), предложенную Бостонским институтом здоровья (1992). Специфическое качество жизни оценивали с использованием гастроинтестинального индекса качества жизни (GIQLI (1995)). Сроки наблюдения составили от 1 до 14 лет. Для оценки отдаленных результатов методом простой случайной выборки были отобраны 109 (73,2) пациента.

Полученные результаты и обсуждение. Из отобранных 109 пациентов, 61 % (n=66) уехали за пределы региона или поменяли адрес места жительства, 30 % (n=32) согласились участвовать в исследовании, 7 % (n=9) категорически отказались от какого-либо сотрудничества, 2 % (n=2) больных пожилого и старческого возраста умерли от причин, не связанных с перенесенной операцией. В группе больных, прошедших

обследование (n=32 из 109), отличные или хорошие результаты лечения отмечены у 75 % (n=24 из 32) обследованных человек. Неудовлетворительные результаты (рецидив язвообразования) имели место у 25 % (n=8 из 32) из респондентов. Двое больных были повторно оперированы по поводу рецидивной перфоративной язвы двенадцатиперстной кишки. Кроме того, у всех обследованных пациентов выявлена обсемененность *H. Pylori*. и у 34 % (n=11 из 32) респондентов имела место рубцовая деформация луковицы двенадцатиперстной кишки, что может быть обусловлено как перенесенным ранее оперативным вмешательством, так и возможными повторными эпизодами обострения язвенной болезни. Сравнительно высокая частота рецидивов язвенной болезни двенадцатиперстной кишки была, возможно, связана с неудовлетворительной приверженностью пациентов к фармакотерапии. В ходе изучения общего качества жизни отмечено, что превосходное качество жизни (в пределах 94-99 баллов) имело место по шкалам, характеризующим физическое функционирование (PF), ролевое физическое функционирование (RP), социальное функционирование (SF), эмоциональное социальное функционирование (RE) и шкале боли (BP). По всей видимости, это связано с отсутствием необходимости ежедневной физической нагрузки (в том числе из-за отсутствия трудоустроенности). Самые низкие показатели (57-64 балла) были получены по критериям шкалы жизнеспособности (VT) и общего состояния здоровья (GH). Такие посредственные показатели могут быть объяснены низким социально-экономическим уровнем жизни пациентов. Изучение специфического качества жизни после операции ушивания перфорации из минидоступа показало, что среднее значение, рассчитанное на основании шкалы GIQLI (1995), составило 90,3 балла. При этом наиболее распространенными жалобами являлись «чувство переполненности в животе» и «ограничение потребления различных продуктов назначенной врачом диетой».

Заключение. Высокая горизонтальная мобильность создает объективные трудности при изучении отдаленных результатов и качества жизни пациентов, оперированных по поводу перфоративной язвы (результаты были изучены только у трети больных). Среди факторов, обуславливающих плохие отдаленные результаты, необходимо отметить низкую комплаентность и социально-экономический уровень пациентов.

23. Пути совершенствования алгоритма диагностики и тактики лечения острого билиарного панкреатита

Белик Б.М.¹, Абдурагимов З.А.^{1,2}, Родаков А.В.¹, Тодоров С.С.¹, Тенчуринов Р.Ш.^{1,2},
Усаткин А.А.², Дадаян А.Р.², Пясецкий К.Г.², Погосян Л.М.², Турищева Л.В.²

Ростов-на-Дону

¹ФГБОУ ВО «Ростовский государственный медицинский университет» Минздрава
РФ,

²МБУЗ «Городская больница № 1 им. Н.А.Семашко»

Актуальность. В настоящее время протоколы диагностики и лечения острого билиарного панкреатита (ОБП) не учитывают должным образом патогенетические особенности этого заболевания, обусловленные, прежде всего, анатомической и функциональной общностью панкреатобилиарной системы, так как ориентированы в основном на фазу острого панкреатита, наличие или отсутствие осложнений заболевания. Вместе с тем характер патологических изменений внепеченочных желчных путей (ВЖП) приобретает роль важного фоновых фактора, который придает особую тяжесть течения ОБП, что необходимо учитывать при выборе лечебной тактики.

Цель исследования: совершенствование алгоритма диагностики и тактики лечения ОБП.

Материал и методы. Клинический материал включает 209 пациентов ОБП, находившихся на лечении в хирургическом стационаре МБУЗ «Городская больница № 1 им. Н.А.Семашко» г. Ростова-на-Дону за период с 2013 по 2018 гг. У этих больных диагностика и выбор лечебной тактики осуществлялись с использованием

разработанных нами принципов. В ходе диагностического процесса у данных больных решались две основные задачи: стратификация степени тяжести заболевания и четкая верификация клинической формы ОБП. С целью объективизации степени тяжести ОБП у больных на момент поступления и в динамике лечения помимо стандартных клинических и лабораторных исследований оценивали индекс шкалы АРАСНЕ II, а также определяли уровень внутрибрюшного давления. При верификации клинической формы ОБП применялся следующий комплекс исследований: УЗИ органов брюшной полости, эзофагогастродуоденоскопия с осмотром большого дуоденального сосочка (БДС), компьютерная томография с болюсным контрастированием, магнитно-резонансная томография, ЭРХПГ (МРХПГ), манометрия ВЖП, оценка физико-коллоидных и морфологических свойств внутрипротоковой желчи (вискозиметрия, микроскопия), бактериологическое исследование желчи и определение в ней микробных маркеров (хромато-масс-спектрометрия).

Результаты и обсуждение. В зависимости от варианта инициации заболевания нами были выделены две основные клинические формы ОБП: с острой обструкцией и без острой обструкции панкреатобилиарных путей. У 112 (53,6%) пациентов имел место ОБП с острой обструкцией панкреатобилиарных путей, обусловленной холедохолитиазом с ущемлением конкремента в БДС и сдавлением устья Вирсунгова протока. У 97 (46,4%) больных был установлен необструктивный вариант ОБП, связанный с различными патологическими изменениями в панкреатобилиарной протоковой системе, не вызывавших острую блокаду на уровне БДС. При этом этиологическими факторами, приведшими к развитию гипертензии в панкреатобилиарной протоковой системе без острой блокады БДС, явились у 47 (22,5%) пациентов – рубцово-стенозирующий папиллит, у 28 (13,4%) – микрохоледохолитиаз, билиарный сладж, у 17 (8,1%) – стриктуры терминального отдела холедоха и у 5 (2,4%) – парафатериальные дивертикулы и доброкачественные новообразования в области устья БДС. У 15 (7,2%) пациентов патология билиарной протоковой системы сочеталась с вирсунголитиазом. Принимая во внимание многообразие этиопатогенетических факторов ОБП и их сочетаний с фоновой патологией билиарной протоковой системы, нами в каждой из двух основных клинических форм заболевания, в свою очередь, дополнительно выделялись конкретные клинические варианты ОБП, учитывающие характер и выраженность патологических изменений в желчном пузыре, ВЖП и поджелудочной железе. Кроме того, всех пациентов стратифицировали по степени тяжести ОБП. У 59 (28,2%) больных была установлена легкая степень тяжести ОБП ($6,2 \pm 1,2$ баллов по шкале АРАСНЕ II), у 96 (45,9%) – средняя степень тяжести ($12,9 \pm 1,3$ баллов) и у 54 (25,8%) – тяжелая степень заболевания ($18,1 \pm 1,5$ баллов). Анализ полученных результатов позволил разработать и внедрить дифференцированный подход к лечению больных ОБП с учетом клинической формы и степени тяжести заболевания. При этом хирургическое лечение ОБП, как правило, включало два этапа. На первом этапе лечения осуществляли ликвидацию внутрипротоковой гипертензии, санацию и дренирование ВЖП (эндоскопическая папиллосфинктеротомия, холедохолитоэкстракция, назобилиарное дренирование). При обструктивном варианте инициации ОБП эндоскопические транспапиллярные вмешательства (ЭТПВ) выполняли в первые 6 часов с момента госпитализации. При сочетании ОБП с деструктивным холециститом ЭТПВ дополняли лапароскопической холецистэктомией. У пациентов ОБП без острой обструкции панкреатобилиарных путей в течение первых 24-36 часов с момента госпитализации проводили комплексную консервативную терапию, при неэффективности которой и сохранении признаков протоковой гипертензии производили ЭРХПГ и санационно-декомпрессионные ЭТПВ. При необходимости на этом же этапе осуществляли эндоскопическое стентирование рубцовой стриктуры терминального отдела холедоха, а также вирсунголитотомию и временное стентирование главного панкреатического протока. При технической невозможности проведения ЭТПВ («трудная» канюляция БДС, перенесенные ранее операции с выключением из пассажа двенадцатиперстной кишки и пр.) у больных ОБП

осуществляли эндовидеохирургические вмешательства, операции из мини-доступа (с интраоперационной холангиоскопией), а также чрескожную чреспеченочную микрохолецистостомию (холангиостомию) под лучевым контролем, обеспечивающие адекватный отток желчи и панкреатического секрета. У пациентов ОБП с признаками гнойного холангита осуществляли наружное дренирование ВЖП и проточно-капельный лаваж с динамическим мониторингом внутрипротокового давления, физико-коллоидных, морфологических и бактериологических свойств желчи. На втором этапе лечения у пациентов ОБП с легкой и средней степенью тяжести заболевания на фоне холецистолитиаза после нормализации клинической картины и лабораторных показателей в рамках одной госпитализации производили холецистэктомию (лапароскопическую или из минилапаротомного доступа), что обеспечивало радикальное устранение основного этиологического фактора заболевания. У пациентов с тяжелой степенью ОБП при наличии местных и системных осложнений (в том числе гнойно-некротических) лечение осуществляли в соответствии с существующими стандартами. У этой категории больных радикальная санация ВЖП при наличии холецистолитиаза производилась в плановом порядке в более отдаленные сроки (в среднем через 3-6 месяцев после выписки пациента из стационара). Активная хирургическая тактика с использованием миниинвазивных хирургических технологий позволила у всех больных ОБП избежать рецидива заболевания, а также снизить число послеоперационных осложнений с 17,8% до 8,6%. Общая летальность составила 2,9% (умерли 6 больных).

Выводы. Активная хирургическая тактика у больных ОБП с использованием миниинвазивных хирургических технологий является оправданной и приоритетной. Применение разработанного нами диагностического алгоритма и дифференцированного подхода к выбору хирургической тактики у больных ОБП с учетом клинической формы и степени тяжести заболевания позволило во всех случаях избежать рецидива и хронизации острого панкреатита, а также снизить число послеоперационных осложнений на 9,2% и общую летальность с 7,3% до 2,9%, то есть на 4,4%.

24. Оптимизация хирургической тактики лечения холедохолитиаза

Ардасенов Т.Б., Беслекоев У.С., Тотиков З.В., Четиев А.Н., Доев Г.С., Фарниев Т.Х.,
Ревазов Е.Б., Кокоев М.А.

Владикавказ

Северо-Осетинская государственная медицинская академия, Кафедра хирургических
болезней №1

Актуальность проблемы. Эндоскопическая папиллосфинктеротомия (ЭПСТ) является наиболее распространенным методом лечения холедохолитиаза. Осложнения вмешательства развиваются у 5,4-15% и сопровождаются летальностью в 0,4-1,5% случаев, что требует поиска путей улучшения результатов лечения.

Цель работы. Оценить возможности эндоскопических ретроградных вмешательств при холедохолитиазе и определить пути снижения количества их осложнений.

Материал и методы. С марта 2011 по апрель 2019 года в хирургическом отделении Клинической больницы СОГМА г. Владикавказа находились на лечении 446 пациентов с холедохолитиазом. Женщин было 270, мужчин – 176, в среднем возрасте 71,3±14,6 года (24-95 лет). Холедохолитиаз осложнился механической желтухой у 183 (41,0%) пациентов, холангитом – у 37 (8,3%), острым билиарным отечным панкреатитом – у 7 (1,6%) больных.

Результаты и обсуждение. У всех 446 пациентов оперативное лечение начинали с транспапиллярных вмешательств на большом сосочке двенадцатиперстной кишки. У 16 (3,6%) больных эндоскопические вмешательства оказались невыполнимы из-за анатомических особенностей билиодуоденальной области. Из них 10 пациентам выполнили альтернативные малоинвазивные операции – чрескожно-чреспеченочную

наружную холангиостомию (n=9), чрескожно-чреспеченочную холангиостомию с антеградной папиллодилатацией и литоэкстракцией (n=1). Другим 6 пациентам в разные сроки произвели холедохолитотомию. Эндоскопические ретроградные вмешательства произвели 430 (96,4%) больным: ЭПСТ – 323 больным, ЭПСТ по методике «рандеву» – 22, эндоскопическую баллонную папиллодилатацию (ЭПД) – 20 пациентам с ЭПСТ в анамнезе, ограниченную ЭПСТ с ЭПД – 37 больным. У остальных 28 человек при холангиографии констатировали адекватный объем ранее выполненной ЭПСТ, позволяющий санировать гепатикохоледох. Однократные транспапиллярные вмешательства провели у 315, повторные – у 115 пациентов. В результате, транспапиллярные вмешательства позволили разрешить механическую желтуху у 173 из 183 пациентов (94,5%), а полностью санировать желчевыводящие протоки у 362 больных, что составило 81,2%. Техническую невозможность эндоскопической литоэкстракции после проведения ЭПСТ констатировали у 68 пациентов. Из них 30 человек выписали с билиарным стентом для курса пероральной литолитической терапии и эндоскопической литоэкстракции через 2-3 месяца. Другим 38 пациентам с явной бесперспективностью малоинвазивного разрешения холедохолитиаза выполнили холедохолитотомию. Осложнения эндоскопического лечения развились у 17 (3,9%) больных (кровотечение из области ЭПСТ – у 1, острый отечный панкреатит – у 7, панкреонекроз – у 7, ретродуоденальная перфорация – у 2). Осложнения потребовали повторных операций (некрсеквестрэктомия) в 5 случаях (умерли 3). Следует отметить, что в группе пациентов, где ЭПСТ проводили по методике «рандеву» или комбинировано применили ограниченную ЭПСТ с ЭПД (n=79), осложнений не было. Хирургическую холедохолитотомию произвели 44 (9,9%) больным (пациенты с невозможностью проведения первичных эндоскопических вмешательств – 6, пациенты после предшествовавших безуспешных транспапиллярных вмешательств – 38). В 12 случаях операцию завершили холедоходуоденоанастомозом, в 18 – наружным дренированием холедоха, еще 1 больному выполнили лапароскопическую холецистэктомию с интраоперационной эндоскопической «рандеву»-ЭПСТ. Остальным 13 пациентам с неудаленными после ЭПСТ конкрементами гепатикохоледоха при отсутствии желтухи и холангита холедохолитотомию завершили «глухим» швом холедоха, причем у 11 из них вмешательство провели лапароскопическим способом. После холедохолитотомии осложнения развились у 3 (6,8%) больных (несостоятельность дренажа Кера, холедоходуоденоанастомоза, внутрибрюшное кровотечение). Во всех случаях произвели релапаротомию с ликвидацией осложнений и благоприятным исходом. Важно отметить, что после холедохолитотомии с «глухим» швом холедоха осложнений не было. Среди 446 пациентов с холедохолитиазом умерли 3 (0,7%) в результате развившихся осложнений эндоскопических ретроградных вмешательств и последовавшего септического шока. Средний койко-день в группе больных с холедохолитиазом составил $10,8 \pm 2,4$ койко-дня.

Выводы. Эндоскопические транспапиллярные вмешательства являются высокоэффективными методами лечения холедохолитиаза и его осложнений – разрешение механической желтухи возможно в 94,5% случаев, а полная санация желчных протоков – у 81,2% пациентов. Дифференцированный подход в выборе эндоскопического доступа к конкрементам гепатикохоледоха позволяет снизить количество осложнений до 3,9%. При выраженных анатомических изменениях области большого сосочка двенадцатиперстной кишки безопасным является выполнение ограниченной по протяженности эндоскопической папиллосфинктеротомии в сочетании с эндоскопической баллонной папиллодилатацией. При наличии наружных дренажей гепатикохоледоха следует стремиться к выполнению эндоскопической папиллосфинктеротомии по методике «рандеву».

25. Метод эндоскопического лечения, а также профилактики кровотечения из варикозно-расширенных вен пищевода и желудка у больных с портальной гипертензией

Актуальность. Наиболее грозным осложнением портальной гипертензии (ПГ) служит кровотечение из варикозно расширенных вен пищевода (ВРВ). По известным данным из мировой статистики цирроз печени (ЦП) может являться причиной ПГ более чем у 80 % больных. Фиброзное изменение печеночных клеток может приводить к блоку нормального кровотока через ткань печени и как следствие являться причиной формирования синдрома портальной гипертензии с дальнейшим расширением вен пищевода и возможным их разрывом. В настоящее время с целью лечения, а также профилактики возможного кровотечения из ВРВ желудка и пищевода используют медикаментозную терапию, методы эндоваскулярного, эндоскопического и хирургического гемостаза. Большое количество существующих на сегодняшний день способов лечения резвившегося кровотечения из ВРВ может свидетельствовать об неудовлетворенности их результатами. Летальность при консервативном лечении колеблется в пределах 26- 55%, при хирургических видах воздействия 25-40%.

Цель исследования: оценить возможность эндоскопического лигирования у больных с кровотечением из ВРВ пищевода и желудка.

Материалы и методы. За период 2017 – 2019гг. в хирургическом отделении ГБУЗ АО АМОКБ госпитализировано в экстренном порядке с клиникой картиной кровотечения из ВРВ пищевода 13 больных из них 10 пациентов мужчины и 3 женщины. В наиболее трудоспособном возрасте от 46 до 58 лет – 9 больных, 3-ое больных от 60 до 72 лет; один больной в возрасте - 36 лет. В наблюдаемой группе нами больных у 12 выявлен цирроз печени с ПГ. Во всех клинических случаях эндоскопическое лигирование (ЭЛ) использовано по экстренным показаниям.

Результаты и их обсуждения. Группу составили 13 больных, госпитализированных с клиникой пищеводно-желудочного кровотечения. ЭЛ у всех больных выполняли после остановки кровотечения. При установке диагноза «кровотечение из варикозно-расширенных вен пищевода либо желудка» всем больным незамедлительно устанавливали зонд-обтуратор Сенгстакена–Блекмора после чего раздували манжеты, благодаря чему достигался надежный гемостаз. В тоже время всей группе больных назначалась и выполнялась стандартная общепринятая терапия. Эндоскопическое исследование кроме основных биохимических и клинических анализов крови, ультразвукового исследования портальной системы, сердца и печени, является основным диагностическим методом синдрома ПГ. Анализ полученных результатов и имеющийся опыт клиники очевидно убеждают в необходимости преждевременного эндоскопического обследования на этапе образования ВРВ, а также в случае имеющейся клинике кровотечения из верхних отделов желудочно-кишечного тракта, а именно желудка и пищевода портального генеза. Эзофагогастродуоденоскопия позволяет выявить наличие определить локализацию варикозно-расширенных вен, объективно оценить степень их эктазии. При помощи указанного метода диагностики можно обнаружить наличие эрозий, васкулопатий и иных патологических изменений (гастропатия), которые могут способствовать формированию пищеводно-желудочных кровотечений. В работе мы использовали классификацию ВРВ (А.Г. Шерцингер 1986): где 1 степень - вены в диаметре до 3 мм; при 2 степень вены расширены до 3-5 мм; 3 степень – диаметр вен больше 5 мм. Чем больше степень варикоза и выраженнее явления васкулопатии и гастропатии в области варикозных вен, тем больше вероятность возникновения из них кровотечения. 3-степенная классификация ВРВ равноценна в отношении как к пищеводным, так и к желудочным венам. У всех 13 больных варикозно-расширенные вены были локализованы на уровне средней и нижней трети пищевода, практически у всей группы больных степень ВРВ оценивалась как 3 - 9 пациентов, 2-я степень расширения вен наблюдалась у - 4 больных. Выполнение методики ЭЛ

использовано нашим больным в 15 случаях, при этом в двух клинических случаях возникла необходимость повторного лигирования для полного гемостаза. Эндоскопическое склерозирование в комбинации с лигированием было выполнено в 1 случае. Во время выполнения эндоскопического лигирования ВРВ применяли лигирующее устройство фирмы the Saeed Six-Shooter с резиновыми кольцами.

Выводы. Таким образом наиболее оптимальным способом диагностики больных с ПГ может являться эндоскопическое исследование. Во время продолжающегося кровотечения больному необходимо установить зонд-обтуратор, выполнить восполнение кровопотери. В тоже время необходимо оценить функциональную активность печени, а также степень кровопотери и выбрать наиболее подходящий метод гемостаза. При наличии соответствующего набора и опыта выполнения данной процедуры эндоскопическое лигирование может быть выполнено больному сразу после удаления зонда Сенгстакена–Блекмора. ЭЛ можно использовать с целью профилактики возможного развития, а также лечения кровотечения из ВРВ пищевода и желудка в качестве самостоятельной и основной процедуры.

26. Опыт лечения острых гастродуоденальных кровотечений в городской больнице

Лаврешин П.М.¹, Бруснев Л.А.¹, Эбзеев А.Х.¹, Барсуков В.Г.¹, Савченко Ю.П.²

¹Ставрополь, ²Краснодар

¹ФГБОУ ВО «СтГМУ» Минздрава России

²ФГБОУ ВО «КубГМУ» Минздрава России

Актуальность. Гастродуоденальные кровотечения (ГДК) по-прежнему остаются одним из серьезных осложнений многих заболеваний желудочно-кишечного тракта. В Европе от 48 до 147 пациентов на 100 тыс. населения обращаются в стационары с признаками ГДК. Летальность непосредственно от кровотечения или декомпенсации сопутствующей патологии может достигать 10%. Традиционно желудочно-кишечные кровотечения язвенной этиологии – это большая половина (56%) от общего числа кровотечений из верхних отделов желудочно-кишечного тракта и пятая часть (20%) всех осложнений язвенной болезни. Несмотря на значительные успехи хирургии и анестезиологии, летальность при острых желудочно-кишечных кровотечениях составляет 5–14%, а при рецидиве возрастает до 30–40% и не имеет тенденции к уменьшению. На смену активной хирургической тактики пришла активно-выжидательная тактика лечения последних десятилетий. Развитие методик эндоскопического гемостаза и широкое их тиражирование внесло дополнительные варианты лечения язвенных желудочно-кишечных кровотечений.

Цель исследования: проанализировать результат лечения гастродуоденальных кровотечений в условиях городской больницы и определить наиболее эффективную лечебную тактику.

Материалы и методы. Проанализированы результаты лечения 292 пациентов с острыми гастродуоденальными кровотечениями язвенной этиологии в период 2015–2018 гг в хирургическом отделении Городской клинической больницы №2 г. Ставрополь. В исследуемой группе преобладали мужчины 169 пациентов (58%) по сравнению с женщинами – 123 больных (42%). Возраст пациентов колебался от 18 до 91 года (Me 46,3), средний возраст 48±7,3 лет. При сборе субъективных данных язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки выявлена у 44 % больных в анамнезе.

Результаты и обсуждение. При поступлении всем пациентам выполнялась эзофагогастродуоденоскопия (ЭГДС) в течение 1 часа от момента госпитализации. Перед исследованием ставились задачи: выявление источника кровотечения и факт остановившегося или продолжающегося кровотечения, его причины и характер, определение дальнейшей тактики и, опционально, выполнение эндоскопического гемостаза. Также всем пациентам определялась устойчивость гемостаза по Forrest. При

высоком риске рецидива кровотечения всегда выполнялась повторная ЭГДС. По локализации источника кровотечения пациенты распределились следующим образом: антральный отдел желудка 140 пациентов (48%), луковица двенадцатиперстной кишки 105 пациентов (36%), кардиальный отдел желудка 47 пациентов (16%). Все пациенты получали гемостатическую противоязвенную терапию (блокаторы протонной помпы). На фоне только консервативного лечения удалось остановить кровотечение у 172 больных (59%). Рецидив кровотечения при этом возник у 11 пациентов (3,8%). При выявлении по данным ЭГДС продолжающегося кровотечения Forrest Ia-b (117 больных), пациентам выполнялся эндоскопический гемостаз. В клинике стандартизированы следующие его варианты: обкалывание источника кровотечения 0,01% раствором адреналина – 71 случая (60%) и аргоноплазменная коагуляция – 46 случаев (40%). После эндоскопического гемостаза рецидив кровотечения диагностирован у 9 больных (7,5%). Все случаи рецидива кровотечения возникли после обкалывания места кровотечения. После определения локализации и источника кровотечения выполняли эндоскопический гемостаз, который включал инфильтрацию паравазальной области 0,01% раствором адреналина, аргоноплазменную коагуляцию (АПК). Целью инфильтрации в подслизистый слой раствором адреналина (до 20 мл 0,01% раствора) являлось сдавление кровотока сосуда в подслизистом слое. Это позволяло осуществить прицельную и безопасную коагуляцию кровотока сосуда на уровне слизистой оболочки с помощью АПК. Хирургическая активность составила 6,8%. Оперативное лечение получили 20 больных, из которых только у одного это было единственным вариантом гемостаза. Оставшиеся 19 пациентов были прооперированы при диагностировании у них рецидива кровотечения после консервативного (12 больных) и эндоскопического гемостаза (7 больных). Вариантом выбора хирургического лечения у больных с ЯГДК считаем органосохраняющие операции. Из 20 оперированных больных по поводу ЯГДК, резекция желудка выполнена 6 пациентам. При достижении стойкого гемостаза 86% больных были переведены в гастроэнтерологическое отделение для дальнейшего противоязвенного лечения. Летальность составила 4,1% (12 пациентов). Из них после операции умерло 4 больных (1,4%). Послеоперационная летальность составила 20%.

Выводы. 1. ЭГДС позволяет адекватно определить тактику лечения пациента с гастродуоденальным кровотечением и проводить мониторинг эффективности гемостаза. 2. Наиболее эффективным вариантом эндоскопического гемостаза является аргоноплазменная коагуляция. 3. Пациенты с язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки требуют мультидисциплинарного подхода в лечении с регулярным сезонным наблюдением гастроэнтеролога.

27. Малоинвазивные вмешательства под навигационным контролем в лечении парапанкреатических деструктивных изменений у больных с некротическим панкреатитом

Байчоров Э.Х.¹, Чумаков П.И.¹, Бондаренко А.Г.^{1,2}, Демьянова В.Н.^{1,2}, Курмансеитова Л.И.¹, Салпагаров Ш.Р.¹, Асеев И.А.², Рытикова М.П.²

Ставрополь

¹ФГБОУ ВО Ставропольский государственный медицинский университет Минздрава России

²ГБУЗ СК "ГКБ СМП" г. Ставрополя

Актуальность. Проблема острого деструктивного панкреатита остается одной из самых сложных в неотложной хирургии. Летальность при данной патологии не имеет тенденции к уменьшению и достигает 45-80%. При этом в 45-70% случаев происходит инфицирование очагов деструкции. Значительный и не снижающийся процент осложнений после традиционных оперативных вмешательств вынуждает хирургов искать новые менее травматичные методы оперативного лечения у данной категории пациентов.

Цель исследования: определить возможности и эффективность навигационных вмешательств при парапанкреатических деструктивных изменениях у больных с некротическим панкреатитом.

Материалы и методы: в основу исследования легли результаты лечения 79 пациентов с некротическим панкреатитом и парапанкреатическими деструктивными изменениями различной степени распространенности, находившихся на стационарном лечении с 2011 по 2018 гг. При этом мужчин было 77,2%, женщин 22,6%. Преобладали лица трудоспособного возраста - 65,8%. Больные по этиологии возникновения острого панкреатита распределились следующим образом: алиментарно-алкогольный фактор составил 52,1%, билиарный панкреатит - 44,1%, посттравматический панкреатит - 3,8%. За основу разделения пациентов по распространенности парапанкреатических деструктивных изменений взята классификация гнойно-некротического парапанкреатита, предложенная А.Д. Толстым с соавт., 2003г. Больные распределились следующим образом: вариант типа А отмечен у 16 человек, типа В - в 20 наблюдениях, типа С - в 25, D - 13 случаях, типа Е - у 5 пациентов. Распределение в группе по степени тяжести: острый панкреатит средней степени тяжести - 55,7%, острый панкреатит тяжелой степени - 44,3%.

Обсуждение: пункция и последующее дренирование патологических очагов салниковой сумки и забрюшинного пространства при наличии жидкостного компонента, осуществлялось различными методами дренирования под ультразвуковым, рентгелетелевизионным и рентгенкомпьютерно-томографическим контролем. Для первичного дренирования использовался катетер типа «pig tail» диаметром 12-14 СН. Состояние полости и динамика процесса оценивалась при помощи фистулографий и постоянного сонографического контроля. Также выполнялась компьютерная томография, позволяющая создать 3 D реконструкции и убедиться в адекватности выполняемых манипуляций. В последующем, под рентгенконтролем проводилась поэтапная замена дренажей на дренажи большего диаметра (максимально 24 СН). Сформированный к этому времени достаточно широкий раневой канал позволял производить инструментальную ревизию и удалять наиболее крупные секвестры. Кроме того, манипуляции под лучевым контролем способствовали оптимальному расположению дренажей в очагах поражения забрюшинной клетчатки, что делало возможным проведение адекватного лаважа. Оперативные открытые вмешательства в процессе применения навигационных малоинвазивных технологий потребовались у 14 больных (17,7%). Показаниями к оперативному вмешательству послужили: труднодоступные гнойно-некротические очаги сложной конфигурации, неадекватно дренируемые полости с признаками инфицирования, неэффективность дренажного метода лечения на фоне прогрессирования органной дисфункции. Все случаи перехода к открытому оперативному вмешательству пришлось на случаи с парапанкреатическими изменениями типа D и E. Продолжительность стационарного лечения составила у оперированных больных $67,5 \pm 16,5$ суток, у неоперированных больных - $47,6 \pm 13,7$ суток. Выздоровело 68 (86,1%) пациентов, умерло 11 (13,9%). Причинами летальных исходов стали прогрессирующая полиорганная недостаточность 3 (3,8%), острые нарушения мозгового кровообращения 2 (2,5%), острый инфаркт миокарда 3 (3,8%), тромбоэмболия легочных артерий 3 (3,8%). Среди больных леченных с применением навигационных малоинвазивных методик не было отмечено случаев летальных исходов от прогрессирующей ПОН. У оперированных больных прогрессирующая ПОН явилась причиной смерти в 3,8 % случаев.

Выводы: применение по показаниям у больных с некротическим панкреатитом малоинвазивных вмешательств под навигационным контролем позволяет в 82,3% случаев выполнить адекватное дренирование гнойно-некротических очагов и чрескожное удаление секвестров и снизить послеоперационную летальность до 13,9%. Наиболее эффективны навигационные методы дренирования в лечении некротического панкреатита у пациентов с парапанкреатическими деструктивными изменениями типа «А», «В» и «С».

28. Чрескожные чреспеченочные холецистостомии под ультразвуковой навигацией в лечении больных острым холециститом

29.

Байчоров Э.Х.¹, Чумаков П.И.¹, Бондаренко А.Г.^{1,2}, Демьянова В.Н.^{1,2}, Пыхтин Ю.Ю.^{1,2},
Жаренко В.В.², Лукьяненко О.В.², Чудин В.В.¹

Ставрополь

¹ФГБОУ ВО Ставропольский государственный медицинский университет

²ГБУЗ СК "ГКБ СМП" г. Ставрополя

Лечение больных острым холециститом преклонного возраста остается одной из трудных проблем абдоминальной хирургии. Нам представляется заслуживающей внимания в комплексном лечении этих пациентов использование двухэтапной тактики лечения, когда в качестве первого этапа больным с высоким операционно-анестезиологическим риском выполняются минимальные по объему вмешательства, направленные на декомпрессию желчного пузыря.

Цель исследования. Оценить результаты лечения больных, которым для купирования приступа острого калькулезного холецистита выполнялась чрескожная чреспеченочная холецистостомия (ЧЧХС) под ультразвуковой навигацией.

Материалы и методы исследования. Проведен анализ лечения 296 больных, поступивших в хирургическое отделение ГБУЗ СК «ГКБ СМП» г. Ставрополя и ГКБ №3 г. Ставрополя с 2011 по 2018 годы. Из них женщин было 197(66,7%), мужчин – 99 (33,3%). Возраст пациентов колебался от 52 до 92 лет. При наложении холецистостомы под ультразвуковой навигацией нами использовался аппарат «ALLOKA SSD-500» с конвексным датчиком 3,5 мГц, устройство для дренирования полостных образований (УДПО) Ившина и фиксирующийся дренаж типа «pig tail».

Результаты. Значительные размеры желчного пузыря у больных с острым обтурационным холециститом и относительно небольшая глубина его расположения позволяют безопасно выполнить ЧЧХС под ультразвуковой навигацией. Пункция и дренирование желчного пузыря осуществлялось при помощи УДПО, которое сочетает в себе возможность выполнения нескольких поисковых пункций с малой травматичностью и возможностью одномоментного введения катетера достаточного диаметра. При выполнении ЧЧХС под ультразвуковой навигацией в 100% случаев использовалась местная анестезия. Продолжительность операций от 11 до 24 минут, в среднем, 18 минут. После выполнения ЧЧХС продолжалась консервативная терапия с применением спазмолитиков, м-холинолитиков, анальгетиков, антибиотиков, а также санация полости пузыря растворами антисептиков. В 75% случаев к концу вторых суток отмечалось появление желчи по холецистостомической трубке, что свидетельствовало о разрешении блока пузырного протока. На 7-8-е сутки выполнялась фистулохолецистохолангиография. В случае адекватной проходимости желчных протоков холецистостомический дренаж удалялся. Пациенты выписывались из стационара. У 49 пациентов (16,5%) при рентгенологическом исследовании выявлен холедохолитиаз, либо стриктура дистального отдела холедоха, подтвержденная вовремя фистулохолецистохолангиографии. В последующем выполнялась эндоскопическая ретроградная панкреатохолангиография (ЭРХПГ), эндоскопическая папиллосфинктеротомия (ЭПСТ) с литоэкстракцией. Далее, после короткого курса консервативной терапии, направленного на профилактику острого панкреатита и контрольной фистулографии, холецистостомический дренаж удалялся. В 23 случаях (7,8%) имел место стабильно-обтурационный холецистит. С учетом размеров конкрементов и степени их фиксации в области шейки пузыря возможность удаления холецистостомического дренажа не рассматривалась. После коррекции сопутствующей патологии через 1-1,5 месяца данным пациентам выполнялась холецистэктомия. Осложнения при пункционно-дренирующих вмешательствах возникли в 12,5% случаев (у 37 пациентов). Тяжелые осложнения (кровотечение, холангит, сочетающийся с

септицемией, желчеистечение в брюшную полость с развитием желчного перитонита) отмечены в 6 случаях (2%). В 4 случаях (1,3%) потребовалось выполнение экстренного оперативного вмешательства без летальных исходов. Радикальный этап операции, после коррекции сопутствующей патологии, выполнен 215 пациентам (72,4%). Из них 194 (65,3%) выполнена видеолaparоскопическая холецистэктомия. Заключение. Для анализа результатов лечения проведено анкетирование у 188 (63,5%) пациентов. Сроки наблюдения – от нескольких недель до 5 лет. Одиннадцать пациентов (3,7%) умерли от тяжелой сопутствующей патологии (инсульт, инфаркт миокарда) в ближайшие 2-3 месяца после выписки из стационара. По поводу приступа острого холецистита, госпитализировались 24 (8,3%) пациента. Пяти из них через 4 месяца после первой операции выполнена повторная ЧЧХС. Остальные пациенты чувствовали себя удовлетворительно, причем 58 (19,6%) из них не придерживаются диеты.

Выводы: 1. ЧЧХС под ультразвуковой навигацией является малотравматичным относительно простым и доступным методом безопасной декомпрессии желчного пузыря, позволяющим купировать приступ острого холецистита у больных с высоким операционно-анестезиологическим риском с возможной подготовкой к выполнению радикальной операции. 2. ЧЧХС в сочетании с комплексом консервативных мероприятий позволяет предотвратить повторные приступы и госпитализацию больных в 89,7% случаев.

29. Возможности использования видеоторакоскопии при лечении травмы грудной клетки, осложненной свернувшимся гемотораксом

Саркисян В.А., Чубарян К.А., Хатламаджиян А.Г.
г. Ростов-на-Дону.
МБУЗ "Городская БСМП г. Ростова-на-Дону"

Актуальность. Свернувшийся гемоторакс у пациентов с сочетанной травмой, является часто встречающимся (10-25%) и трудно диагностируемым осложнением. Важнейшей задачей оказания медицинской помощи данным пациентам является своевременная диагностика и малотравматичное хирургическое вмешательство.

Цель работы: представить возможности и выполнить анализ результатов применения видеоторакоскопии и операций с видеосопровождением при лечении свернувшегося гемоторакса.

Материал и методы: проведен анализ 67 случаев эндоскопического лечения пострадавших с травмами грудной клетки, осложненными свернувшимся гемотораксом, в период с 2014 по 2018гг. В исследуемой группе у 22 (32,8%) пострадавших свернувшийся гемоторакс явился следствием проникающих ранений грудной клетки, у 45 (67,2%) пострадавших – закрытой травмы. 23 человека (34,3 %) обратились в стационар в первые 6 часов, 15 человек (22,4 %) в первые 6 – 24 часа и 29 человек (43,3 %) в сроки более 1 суток с момента травмы. «Золотым стандартом» диагностики (при условии стабильной гемодинамики пострадавшего) является СКТ грудной клетки. При этом у 22 (32,8 %) пострадавших был отмечен локальный свернувшийся гемоторакс, плащевидный – у 29 (43,3 %), тотальный у 6 (9,0 %) и фрагментарный у 10 (14,9 %) пострадавших.

Результаты работы и обсуждения. Всем 67 пострадавшим произведено эндоскопическое, удаление свернувшегося гемоторакса, с обязательным разделением всех плевральных спаек и швартов, освобождением междолевых борозд, для обеспечения максимального расправления легкого. В сроки до 5 суток, т.е в стадии формирования (по Ковальчуку) прооперирован 31 (46,3%) пострадавший. Сгустки крови фрагментированы, удалены при помощи электроотсоса. Спайки разделены тупым путем, освобождены междолевые борозды. Остановка кровотечения из межреберных сосудов или ткани легкого выполнена в 12 (17,9%) случаях. У 3 (4,5%) больных произведена конверсия, по причине невозможности обеспечения полноценного гемостаза в ходе

торакоскопии. В стадии организации (с 5 по 30 сутки) было прооперировано 26 (38,8%) больных. Плевральные спайки разделены тупым и острым путем, сгустки крови фрагментированы, удалены при помощи электроотсоса и окончатого зажима, иногда с использованием марлевой салфетки. У 10 (14,9%) пострадавших произведена декорткация нижней доли легкого. В стадии нагноения и развития эмпиемы плевры (срок от 15 до 60 суток) прооперировано 8 (11,9%) пострадавших, выполнен адгезиолизис, фрагментация и удаление нагноившихся сгустков крови, фибринозных наложений, декорткация нижней доли, частичная плеврэктомия, налажена промывная система с активной аспирацией. У 4 пациентов в стадии организации и эмпиемы выполнена дополнительно миниторакотомия, операция произведена с видеосопровождением. В стадии фибротракса (по прошествии более 60 суток) прооперировано 2 (3,0%) пострадавших со стойким ателектазом легкого. Произведен адгезиолизис, частичная декорткация легкого, удаление организованного плотного сгустка крови. У 61 пациента (91,0%) послеоперационный период протекал гладко. Отмечалась полная реэспансия легкого. В большинстве случаев плевральные дренажи удалены на 3-5 сутки. Средние сроки стационарного лечения составили 14 суток. У 1 (1,5%) пациента отмечался стойкий экссудативный плеврит, купированный консервативно на 10-11 сутки. У 3 (4,5%) пациентов имела место пневмония, разрешившаяся на фоне антибактериальной терапии. Летальный исход отмечен у 2 (3,0%) пациентов, прооперированных в стадии организации (1) и эмпиемы (1).

Выводы. Использование лечебной видеоторакоскопии и операций с видеосопровождением позволяет выполнить достаточную и малотравматичную санацию плевральной полости у пострадавших с сочетанной травмой, тем самым обеспечивается лечение и эффективная профилактика септических осложнений и дыхательной недостаточности. Применение указанных методик возможно на всех стадиях развития свернувшегося гемоторакса.

30. Возможности гибридной хирургии в лечении холецистохоледохолитиаза, осложненного холангитом и билиарным сепсисом

Корольков А.Ю., Попов Д.Н., 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 наиболее трудным в плане формирования лечебно-диагностического алгоритма является холецистохоледохолитиаз, осложненный холангитом и билиарным сепсисом. На сегодняшний день одним из ключевых моментов на пути к улучшению результатов лечения у данной категории больных является использование гибридных хирургических технологий.

Цель. Улучшить результаты лечения пациентов с холецистохоледохолитиазом, осложненным холангитом и билиарным сепсисом, путем анализа возможностей использования гибридных хирургических вмешательств.

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, развившимися 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 (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.

Результаты. Острый холангит был диагностирован у 101 больного (80,2%), билиарный сепсис – у 25 (19,8%). При первоначальном рандомизированном исследовании среди 63 больных во всех трех группах имелись достаточно высокие показатели частоты послеоперационных осложнений и летальности. После детального разбора каждого случая лечения для каждой из использованных методик был определен спектр показаний: ЛХЭ+ЭПСТ и ЛХЭ+Р-ЭПСТ – единичные конкременты размерами менее 1,5 см; ЛХЭ+ЛХЛТ – множественные конкременты или единичные размерами более 1,5 см. Для оценки их эффективности было проведено повторное исследование, в ходе которого в каждой группе был проведен 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 ($125,5 \pm 9,8$ против $155,3 \pm 10,2$ и $111,2 \pm 10,9$ против $147,4 \pm 11,9$ соответственно; $p < 0,05$), повысилась тотальность литоэкстракции (95,2% против 90,5% и 100% против 95,2% соответственно), снизилась частота послеоперационных осложнений (14,2% против 23,8% и 5,2% против 19,0%) и летальность (14,2% против 23,8% и 5,2% против 19% соответственно), а также койко-день ($12,4 \pm 4,1$ против $19,0 \pm 3,1$ и $10,4 \pm 2,7$ против $18,8 \pm 2,9$ соответственно; $p < 0,05$) и экономические затраты на лечение ($152\ 315,7 \pm 7\ 112,4$ против $184\ 932,8 \pm 8\ 321,5$ и $133\ 671,2 \pm 5\ 502,4$ против $179\ 341,4 \pm 7\ 118,2$ соответственно; $p < 0,05$). При множественном холедохолитиазе и размере конкрементов более 1,5 см отмечалась большая эффективность одномоментной ЛХЭ+ЛХЛТ по сравнению с аналогичной группой пациентов, которым выполнялось эндоскопическое вмешательство, ввиду меньшей вероятности интраоперационной конверсии (4,8% против 9,6%), большей тотальности литоэкстракции (100% против 95,2%), меньшей частоты послеоперационных осложнений (9,5% против 19,0%), летальности (4,8% против 23,8%), длительности койко-дня ($14,2 \pm 2,1$ против $21,9 \pm 3,1$; $p < 0,05$) и экономических затрат на лечение ($167\ 961,4 \pm 9\ 681,3$ против $180\ 115,9 \pm 11\ 208,1$; $p < 0,05$). Также было отмечено, что использование методики «Рандеву» достоверно сопровождается меньшей вероятностью возникновения в послеоперационном периоде острого панкреатита (4,8% против 14,3%) и летальностью в результате развития тяжелой его формы (0 против 9,5%), а также повышением экономической эффективности лечения ($133\ 671,2 \pm 5\ 502,4$ против $152\ 315,7 \pm 7\ 112,4$; $p < 0,05$).

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 1,5 см показано выполнение одномоментной ЛХЭ+ЛХЛТ. При наличии единичных конкрементов размерами до 1,5 см следует выполнять одномоментную ЛХЭ и эндоскопическую санацию билиарного тракта, при этом при выполнении ЭПСТ стоит отдавать предпочтение использованию метода «Рандеву».

31. Современный взгляд на холецистостомию

Совцов С.А., Ионин М.А., Прилепина Е.В

Челябинск

ФГБОУ ВО ЮУГМУ Минздрава России

Актуальность проблемы. В последние годы, по разным причинам, стала отчетливо просматриваться тенденция увеличения числа хирургических больных, имеющих высокий анестезиологический и операционный риск. В качестве очевидного примера можно рассматривать лечение острого холецистита (ОХ) у больных старшей возрастной группы, где явно преобладают деструктивные формы заболевания, протекающего на фоне имеющейся достаточно тяжелой и часто декомпенсированной коморбидной

патологией. Летальность в данной группе выше в 10-20 раз, в сравнении с группой пациентов молодого возраста (15-25% и 1,5-2 % соответственно).

Цель работы. Улучшение непосредственных результатов лечения пациентов с острым холециститом за счет применения этапных технологий.

Материал и методы. Нами, изучены непосредственные результаты лечения 487 больных с острым холециститом в возрасте старше 75 лет, лечившиеся в Челябинской ОКБ№ 3 за трехлетний период. Тяжелые сопутствующие заболевания в группе больных 75-79 лет имели 87% (1,9 на 1 больного). В группе старше 80 лет этот показатель составил уже 98,5% (2,2 заболевания на 1 больного). Средний показатель коморбидной патологии, с использованием индекса Чарлсона составил от 6 до 9, что сразу же определял этих пациентов в группу высокого и крайне высокого риска наступления смертельного исхода. Всего в анализируемой старшей возрастной группе было оперировано 246 человек (50,5%). Холецистостомия (ХС) выполнена у 53 человек в возрасте старше 75 лет, что составило 21% от всех оперированных в этой возрастной категории. В первые сутки поступления было оперировано 31 больной (59%). Высокий процент оперативной активности в этот срок от момента госпитализации обусловлен наличием деструкции стенки желчного пузыря (ЖП), присутствием признаков перитонита. Нами, все 53 операции, выполненные для наложения свища на желчный пузырь произведены из минилапаротомного доступа. Выпот в брюшной полости был обнаружен у 13 человек (24,5%). Перипузырный инфильтрат был обнаружен у 21 больного (39,6%). Прямую холецистостомию удалось выполнить у 49 больных (92,4%), а на «протяжении» у 4 человек. Холецистолитотомия выполнена у всех больных с целью удаления из просвета желчного пузыря камней, взвеси песка и замазки, густой застойной желчи. Во время оперативного вмешательства производился забор пузырной желчи и стенки желчного пузыря на микробиологическое исследование. Посевы показали наличие *E. Coli* - 31%, *Klebsiella* и *Enterococcus* по 24%, *Staphylococcus aureus* – 1,5%, не было роста – 18%, загрязнение составило 1,5%. По данным гистологического заключения из оперированных 53 человек флегмонозный холецистит был у 46 больных (85,5%), гангренозный у 7 (14, 5%). Умерло после холецистостомии 7 больных – 13,2%.

Результаты и обсуждение. Сегодня традиционная холецистолитотомия и холецистостомия (другие используемые термины: чрескожное чреспеченочное дренирование ЖП, чрескожная чреспеченочная пункция ЖП, эндоскопическое дренирование / стентирование ЖП) переживают второе рождение. Это стало возможным в связи с появившимися новыми возможностями хирургии и анестезиологии. Вмешательство представляет собой быстрое, легкое, эффективное и безопасное лечение ОХ для больных, находящихся в критических состояниях; у пациентов старческого возраста с ОХ; для больных, у которых консервативное лечение не дало желаемого эффекта. Холецистостомия (ХС) сегодня рассматривается как альтернатива хирургического лечения ОХ с помощью ХЭ, как из открытого, так и минимально инвазивного доступов у таких больных. Она дает возможность снизить уровень как общей смертности, так послеоперационной летальности при ОХ у пациентов с высоким хирургическим риском. Будучи простой операцией, ведущей к купированию явлений острого воспаления в ЖП, она сопровождается низкой частотой осложнений, позволяет снизить финансовые затраты на лечение, приводит к клиническому улучшению у 75– 90 % пациентов.

Заключение. Полученные нами достаточно неплохие непосредственные результаты лечения после выполнения холецистолитотомии с последующим дренированием просвета желчного пузыря позволяют рекомендовать шире использовать данный порядок оказания хирургической помощи при деструктивном холецистите у пациентов с высокой степенью операционного риска как одну из мер снижения послеоперационной летальности у этой группы больных

32. Анализ результативности одноэтапного и двухэтапного способов хирургического лечения холецистохолангиолитиаза, осложненного механической желтухой

Деговцов Е.Н.^{1,2}, Возлюбленный С.И.², Калининченко А.А.^{1,2}, Возлюбленный Д.Е.³,
¹Омск, ³Ростов-на-Дону

¹ФГБОУ ВО «Омский государственный медицинский университет»,
²БУЗОО «Городская клиническая больница скорой медицинской помощи №1», г. Омск,
³МБУЗ "Городская больница №20", Ростов-на-Дону

Введение. Холецистохолангиолитиаз, осложненный механической желтухой, несмотря на значительные успехи хирургического лечения, является одной из актуальных проблем неотложной хирургии. Существующие хирургические методы лечения больных холецистохолангиолитиазом с каждым годом совершенствуются, дополняются новыми способами устранения патологии желчевыводящих путей. В настоящее время наибольшее распространение имеет двухэтапный хирургический способ, когда холангиолитиаз устраняют проведением эндоскопической папиллосфинктеротомии (ЭПСТ) до- или после минимально инвазивной холецистэктомии. Другим хирургическим способом лечения больных холецистохолангиолитиазом является одноэтапный, когда вмешательство на общем желчном протоке и холецистэктомия выполняются во время операции, проводимой малотравматичным доступом – лапароскопическим или минилапаротомным.

Цель: улучшение результатов хирургического лечения пациентов с холецистохолангиолитиазом, осложненного механической желтухой

Материалы и методы. Использовался клинический материал БУЗОО «МСЧ №4» и «ГК БСМП №1» города Омска за период с 2005 по 2017 год. За данный период производился проспективный анализ результатов хирургического лечения 955 пациентов, которые были разделены на две группы. Первую группу составили 705 пациентов с холецистохолангиолитиазом, у которых применялся двухэтапный способ хирургического лечения. Вторую группу составили 250 пациентов с холецистохолангиолитиазом, у которых применялось одноэтапное минимально инвазивное хирургическое лечение. В первой группе: у 390 пациентов было выполнено первым этапом ЭРХПГ и ЭПСТ с литоэкстракцией, вторым этапом лапароскопическая холецистэктомия, дренирование общего желчного протока, дренирование брюшной полости, у 205 пациентов – первым этапом ЭРХПГ и ЭПСТ с литоэкстракцией, вторым этапом минилапаротомная холецистэктомия, дренирование общего желчного протока, дренирование брюшной полости. 110 пациентам первым этапом было выполнено – минилапаротомная или лапароскопическая холецистэктомия, интраоперационная холангиография, холедохолитотомия, дренирование общего желчного протока, дренирование брюшной полости, а вторым этапом ЭРХПГ и ЭПСТ с литоэкстракцией или без нее. Во второй группе: у 250 пациентов была выполнена минилапаротомная или лапароскопическая холецистэктомия, фиброхолангиоскопия и литоэкстракция, дренирование общего желчного протока, дренирование брюшной полости.

Результаты. В послеоперационном периоде в первой группе: в 51 наблюдении имели место осложнения, что составило 7,23%: желчеистечение из ложа желчного пузыря (11 наблюдений, один летальный исход) и забрюшинная перфорация двенадцатиперстной кишки (3 наблюдения, один летальный исход), которые потребовали проведения лапаротомии. Кровотечения из папиллотомного разреза (11 наблюдений, один летальный исход), постманипуляционный острый панкреатит (10 наблюдений, один летальный исход), жидкостное образование подпеченочного пространства (6 наблюдений) и острая пневмония (5 наблюдений). В 5 наблюдениях такие осложнения, как тромбоэмболия легочной артерии и острая сердечно-сосудистая недостаточность, привели к летальному исходу. Во второй группе в послеоперационном периоде наблюдалось 11 осложнений, что составило 4,4%. Из них: 4 осложнения, которые

потребовали открытого вмешательства (кровотечение из ложа желчного пузыря), в двух наблюдениях сформировалось жидкостное образование подпеченочного пространства, которое было устранено пункцией под УЗ-контролем. В 5 наблюдениях развилась острая послеоперационная пневмония, которая купировалась консервативными мерами. Тромбоэмболия легочной артерии (2 наблюдения) и острая сердечно-сосудистая недостаточность у одного пациента привели к летальному исходу в послеоперационном периоде. Во второй группе среднее пребывание больных в отделении реанимации составило $1,145 \pm 0,05$ койко-дня, в отделении – $14,72 \pm 0,19$ койко-дня. В первой группе эти показатели соответственно равны $2,095 \pm 0,06$ и $19,55 \pm 0,11$ койко-дням. Во второй группе наблюдалось три летальных исхода (1,2%) от декомпенсированной сердечной патологии, в первой группе – 9 неблагоприятных исходов лечения (1,3%).

Выводы. Внедрение в клиническую практику одноэтапного миниинвазивного хирургического способа дает возможность выполнять хирургическое вмешательство одноэтапно и минимально инвазивно с сохранением целостности большого сосочка двенадцатиперстной кишки. Фиброхолангиоскопия и литоэкстракция при одноэтапном минимально инвазивном хирургическом лечении больных холецистохолангиолитиазом, открывает новые возможности в улучшении результатов хирургического лечения больных с данной патологией и позволяет избежать как открытых, так и многоэтапных хирургических вмешательств. Использование фиброхолангиоскопии и литоэкстракции при одноэтапном минимально инвазивном лечении больных холецистохолангиолитиазом, по сравнению с двухэтапным хирургическим лечением, уменьшает количество осложнений, сокращает продолжительность пребывания больного в стационаре, снижает послеоперационную летальность.

33. Диагностика и тактика лечения осложнений со стороны желудочно-кишечного тракта у тяжелообожженных

Ахмедов А.И., Бабажанов А.С., Тоиров А.С.
Самарканд. Узбекистан

Самаркандский государственный медицинский институт

К числу наиболее серьезных осложнений, ставящих под угрозу жизнь пострадавших ожоговой травмой, относятся поражения слизистой оболочки желудочно-кишечного тракта, включающие эрозии и язвы Курлинга.

Цель исследования – ранняя диагностика и проведение лечебных мероприятий при эрозивно-язвенных осложнениях желудочно-кишечного тракта у тяжелообожженных.

Материал и методы. Проведен анализ данных об обследовании и лечении 62 пациентов с эрозивно-язвенными осложнениями желудочно-кишечного тракта при ожоговых травмах в ожоговом отделении Самаркандском городском медицинском объединении с 2014 по 2018 гг. Возраст пострадавших колебался от 10 до 65 лет. Большинство пострадавших составили мужчины – у 41 (66,1%) наблюдений. Пострадавшие получили термическую травму в результате воздействия открытого пламени в 39 (62,9%) наблюдениях, с горячей жидкостью в 14 (22,6%) и контактно 9 (14,5%) случаях. В одном случае выявлен ожог пламенем вольтовой дуги. В 12 (19,3%) случаях эрозивно-язвенными осложнениями желудочно-кишечного тракта выявлены у пострадавших, наблюдаемых по поводу хронической формы язвенной болезни желудка или двенадцатиперстной кишки (ДПК). У 40 (80,7%) больных эрозивно-язвенными осложнениями желудочно-кишечного тракта развилось остро. Во всех случаях первым клиническим проявлением этих осложнений было кровотечение, признаками рвота с «кофейной гущей», мелена.

Результаты. При проявлении признаков кровотечения производилось эзофагогастродуоденоскопия. Установлено, что язвенные дефекты локализовались в желудке – 16 (25,8%) случаев, в ДПК – 24 (38,7%) наблюдений, сочетанные поражения желудка и ДПК выявлены у 22 (35,5%) пострадавших. При обнаружении источника

кровотечения во время эндоскопического исследования производилось коагуляция кровоточащей язвы. Комплексной терапией подключалось по стандарту консервативной противоязвенной терапии, заместительной переливания свежзамороженной плазмы и эритроцитарной массы. В наблюдение у одного пациента с обширными ожогами 70% поверхности тела, ожоговой болезнью, осложнившимся сепсисом, на 12-е сутки с момента получения травмы возникло желудочно-кишечное кровотечение, источник которого была язва 12-перстной кишки. Консервативное лечение на фоне развившегося ДВС-синдрома оказалось неэффективным. У 5 больных наблюдалось повторное кровотечение, что потребовало проведения ЭФГДС с коагуляцией. 3 больные оперированы в связи с неэффективностью консервативного лечения в течение 48 часов. Операция заключалась в лапаротомия, гастротомия или дуоденотомия с ушиванием язвенного дефекта. Послеоперационный период протекала без осложнений. У 21 больных отмечен положительный эффект от интенсивной консервативной терапии. На контрольной ЭФГДС наблюдалось активная эпителизация язвенного дефекта.

Заключение и выводы. В настоящее время не вызывает сомнения тот факт, что при оказании помощи пострадавшим с термической травмой, у которых течение ожоговой болезни сочетается с осложненной эрозивно-язвенным кровотечением желудочно-кишечного тракта. Преследует три главные цели: остановку кровотечения, профилактику его рецидива и ликвидацию последствий острого кровопотери. С позиций современной хирургической тактики данный методический подход, предполагает возможным использование консервативных, которые современных методов медикаментозного лечения (с использованием H₂-гистаминоблокаторов последних поколений, блокаторов протонной помпы), эндоскопических и хирургических способов лечения.

34. Эффективность эндоскопических вмешательств при механической желтухе различного генеза

Пфаненштиль А.В., Восканян Э.А., Паниев Э.К., Макарова Е.Н., Тулюбаев И.Н.,
Зацепин А.А., Кочарян М.В.

Пятигорск

ГБУЗ СК "Городская клиническая больница" г.Пятигорска

Главной задачей для лечения механической желтухи (МЖ), которая обусловлена холедохолитиазом, злокачественными и доброкачественными образованиями поджелудочной железы, большого дуоденального соска (БДС) и др. является восстановление оттока желчи и нормализация билирубина крови.

Цель исследования: оценить эффективность мининвазивных транспапиллярных вмешательств у больных с механической желтухой.

Материалы и методы. Работа основана на анализе больных с механической желтухой различного генеза, проходивших лечение и обследование в отделении общей хирургии в период с июня 2017 года по июнь 2019 г. Всем больным полное биохимическое исследование крови с определением уровня билирубина в крови, ультразвуковое исследование брюшной полости, ретроградная холангиопанкреатография (РХПГ), КТ исследование с введением контрастного вещества, дуоденоскопия с биопсией. Используемое оборудование фирм Олимпус и Пентакс. В период с 2017 по 2019 г. выполнено 363 транспапиллярных вмешательств при злокачественных новообразованиях гепатобилиарной зоны (объемные образования головки поджелудочной железы, объемные образования БДС и внепеченочных желчных протоков). – при доброкачественных заболеваниях гепатобилиарной зоны (холедохолитиаз, доброкачественные стриктуры БДС, билиарный панкреатит). Данные заболевания сопровождаются механической желтухой и резким подъемом билирубина крови. При злокачественных заболеваниях головки поджелудочной железы и внепеченочных желчных протоков: а) РХПГ, эндоскопическая папилосфинктеротомия

(ЭПСТ) со стентированием холедоха под рентгенологическим контролем пластиковыми стентами 44 б) замена пластикового стента на нитиноловый 19 в) первичная установка нитинолового стента 15 из них по методике "рандеву" выполнено 9 вмешательств. При доброкачественных заболеваниях гепатобилиарной зоны(холедохолитиаз, доброкачественные стриктуры БДС, билиарный панкреатит а) РХПГ, ЭПСТ, литоэкстракция 89 вмешательств б) РХПГ, ЭПСТ, литотрипсия, литоэкстракция 90 вмешательств в) РХПГ, ЭПСТ 97 вмешательств. В послеоперационном периоде отмечено 5 случаев осложнений: у 2 больных панкреанекроз, с одним летальным исходом. В одном случае отмечена перфорация опухоли с возникшим кровотечением. Проведен эндогемостаз. При проведении эндоскопических транспапилярных вмешательств предпочтение отдается общему обезболиванию.

Заключение. Применение эндоскопических транспапилярных вмешательств при механической желтухе различного генеза является методом выбора, так как восстанавливают пассаж желчи, обеспечивая высокую эффективность и безопасность.

35. Анализ осложнений антеградных вмешательств у пациентов с механической желтухой

Зацепин А.А., Восканян Э.А., Тулюбаев И.Н., Скрипко В.В., Обозин В.С.
Пятигорск

ГБУЗ СК "Городская клиническая больница" г. Пятигорска

Проблема лечения больных с механической желтухой (МЖ) является одной из актуальных и интенсивно разрабатывается в мировой практике. Следует иметь в виду, что в 48-82% случаев, тяжесть состояния больных с МЖ не позволяет выполнить окончательное (радикальное) оперативное вмешательство по устранению причин блока желчевыводящих протоков. Поэтому современным подходом, который почти в 2,5 раза улучшает исходы лечения больных с МЖ, является этапное хирургическое лечение. На первом этапе выполняют декомпрессию (дренирование) желчевыводящих протоков с применением минимально инвазивных технологий. После постепенного устранения синдрома МЖ (билиарной гипертензии, гипербилирубинемии) и нормализации функции органов и систем, вторым этапом, производят окончательное (в том числе, радикальное) оперативное вмешательство. На сегодняшний день, не может быть единых критериев выбора метода лечения, так как все они, имеют свои достоинства и недостатки, и к применению каждого из них имеются свои показания. В настоящее время применяется три способа желчеотведения: 1) трансабдоминальные операции (в т. ч. и видеолапароскопические); 2) трансдуоденальные эндоскопические методы; 3) чрескожные чреспеченочные вмешательства. Недостатками чрескожных антеградных технологий в лечении больных с МЖ являются: 1) высокий риск возникновения осложнений (особенно повреждение кровеносных сосудов); 2) риск возникновения желчеистечения; 3) потери желчи при наружном ее отведении; 4) дискомфорт у больных, связанный с наличием дренажей в ЖВП; Чрескожное чреспеченочное дренирование желчных протоков по традиционным методикам, сопровождается определенным количеством технических неудач (6,7%) и осложнений (17,3%). У 10-15% больных развившиеся осложнения являются причиной последующих оперативных вмешательств, у 8-10% – основной причиной летальных исходов. Смерть наступает от перитонита и внутрибрюшных кровотечений. Тем не менее чреспеченочный доступ к желчевыводящим протокам для их дренирования под контролем рентгенотелевидения предполагает билиарную декомпрессию, эффективность реализации которой вполне прогнозируема, поскольку манипуляция осуществляется выше зоны обтурации при проксимальном блоке. Антеградный доступ к желчевыводящим протокам при МЖ предполагает одновременность реализации диагностического этапа (контрастное исследование желчевыводящих протоков) и лечебного воздействия, как на синдром

билиарной гипертензии (декомпрессия), так и отсрочено – на причину обструкции (использование чреспеченочного доступа для saniрующих вмешательств).

Цель работы – изучение осложнений антеградных вмешательств, причины и профилактика их возникновения.

Материал и методы исследования. Проведен анализ историй болезни 45 пациентов, находившихся на лечении в ГБУЗ СК «Городская клиническая больница» г.Пятигорска на базе отделений общей и экстренной хирургии в 2017-2018 гг. Возраст больных варьировал от 37 до 86 лет, причем более 66 % составили пациенты пожилого и старческого возраста, отягощенные сопутствующей патологией и высокой степенью операционного риска. Мужчин было 18 (40%), женщин 27 (60%). В комплекс инструментальных методов входили ультразвуковое исследование органов брюшной полости, компьютерная томография с контрастированием, МР-холангиография, лабораторные исследования (билирубин крови, коагулограмма).

Результаты и обсуждение. Причиной механической желтухи у 30 пациентов (66,7 %) случаев были злокачественные образования головки поджелудочной железы, у 8 пациентов (16,7%) - злокачественные образования печени, у 6 пациентов (13,3%) - злокачественные образования терминального отдела холедоха и БДС, у 2 пациентов (4,4 %) - стриктуры холедоха. У 36 (80%) пациентов выполнена чрескожная чреспеченочная холангиостомия (ЧЧХС), у 9 (20%) пациентов чрескожная чреспеченочная холецистостомия (ЧЧХ). Всего осложнений после ЧЧХС и ЧЧХ выявлено у 6 (13,3%) человек. Осложнения после ЧЧХС возникли у 4 (8,9%) пациентов: - дислокация дренажа в брюшную полость у 1 (2,2%)(пациенту выполнено редренирование внутрипеченочного протока, выписан в удовлетворительном состоянии); - дислокация дренажа с желчеистечением в брюшную полость у 1 (2,2%) с развитием желчного перитонита и летальным исходом; - кровотечение - у 2 (4,4%) с летальным исходом (у обоих пациентов отмечалась выраженная коагулопатия). У пациентов после ЧЧХ диагностированы следующие осложнения: у 1 (2,2%) пациента гемобилия (В предоперационном периоде, также отмечалась выраженная коагулопатия. В последующем пациенту выполнена чрескожная чреспеченочная холангиостомия, выписан в удовлетворительном состоянии); у 1 (2,2%) – гемоторакс с летальным исходом.

Выводы. Согласно данным нашего опыта, при применении антеградных способов декомпрессии желчных протоков у больных с механической желтухой, количество послеоперационных осложнений зависит от опыта оперирующего хирурга, качества ультразвукового аппарата, наличия коагулопатии у пациентов, адекватной подготовки пациента к оперативному вмешательству. Формирование чрескожной холангиостомы и холецистостомы является малотравматичным методом, позволяющим провести декомпрессию желчных протоков с последующим определением тактики лечения. При выполнении ЧЧХС или ЧЧХ под УЗИ контролем особое значение необходимо придавать стабильности холангиостомы и холецистостомы, подготовке пациента к оперативному вмешательству и профилактике возможных осложнений. Изучение осложнений после ЧЧХС и ЧЧХ у больных с механической желтухой позволяет свести их количество к минимуму и своевременно проводить профилактику их возникновения.

36. Персонафицированный контроль при этапном лечении больных с синдромом механической желтухи

Попов А.Ю.^{1,2}, Барышев А.Г.^{1,2}, Петровский А.Н.¹, Лицишин В.Я.^{1,2}, Шевченко М.С.^{1,2}, Порханов В.А.¹

Краснодар

¹ГБУЗ «НИИ-ККБ №1 им. проф. С.В. Очаповского» Минздрава Краснодарского края

²ФГБОУ ВО КубГМУ Минздрава России, кафедра хирургии №1 ФПК и ППС

Лечение больных с новообразованиями периапулярной зоны и жёлчно-каменной болезнью (ЖКБ), сопровождающихся синдромом механической желтухи (МЖ),

согласно национальным рекомендациям, является этапным и направлено на избавление от осложнений и причин возникновения заболевания. Частота случаев возникновения МЖ в этой группе пациентов колеблется от 2,6 до 23,7 %, более чем у половины пациентов развиваются тяжелые осложнения заболевания (гнойный холангит, абсцессы печени, билиарный сепсис и т.д), сопровождающиеся летальным исходом в 14-27%. Последовательно выполненная декомпрессия ЖВП и устранение причины заболевания в 2,5 раза улучшает исходы лечения больных с МЖ.

Материал и методы. Изучены результаты лечения 2072 больных с МЖ, поступивших на лечение НИИ-ККБ № 1 за период 2011-2017 гг. Мужчин было 867 (41,8%), женщин – 1205 (58,1%). В группу сравнения вошли пациенты пролеченные за период 2011-2012 гг. (n = 352), больные (n = 1720), поступившие за период 2013-2017 гг., составили основную группу, в которой диагностика причин развития и лечение МЖ осуществлялось в соответствии с разработанным нами алгоритмом: 1) был налажен персонифицированный контроль за пациентом с момента его обращения в районную или городскую больницу края через службу «Санитарной авиации» и телемедицину; 2) в зависимости от тяжести состояния пациентов проводился перевод в НИИ-ККБ №1 в максимально быстрые сроки для проведения декомпрессивного вмешательства; 3) после ликвидации холестаза больной переводился в районную больницу, где под нашим динамическим контролем отслеживалась динамика снижения гипербилирубинемии и при достижении приемлемых для проведения «основного» вмешательства значений, больной повторно госпитализировался в ККБ №1.

Результаты и обсуждение. Средняя продолжительность желтухи по клиническим данным до поступления в ККБ № 1 у больных в группе сравнения была $16,1 \pm 2,3$ дней, в основной группе – $7,3 \pm 1,8$ дня ($p < 0,05$). В результате лечения основной группы больных, успешным оно было в 98,6% случаев, в 0,87% случаев у онкологических больных пожилого возраста с отдаленными метастазами к моменту выписки не удалось добиться положительных результатов, в 0,11% наблюдалось ухудшение состояния пациентов, вызванное сопутствующей патологией. Летальность составила 0,46%. В результате лечения среди пациентов группы сравнения, выздоровление наступило у 93,2% пациентов, в 5,1% случаев к моменту выписки не удалось добиться положительных результатов, в 1,1% наблюдалось ухудшение состояния, вызванное сопутствующей патологией. Летальность составила 0,56%. Осложнения, при применении малоинвазивных методов декомпрессии ЖВП в нашем исследовании, развились у 8,89% пациентов основной группы и у 28,97% пациентов группы сравнения. От общего количества осложнений госпитальные составили в основной группе 67,32%, постгоспитальные - 32,68%, в группе сравнения 45,0% и 55,0% соответственно. Количество осложнений в группе сравнения достоверно отличалось от основной группы ($p < 0,05$). В один этап окончательное лечение синдрома МЖ путем чрескожной чреспеченочной холангиостомии, холедохостомии, холецистостомии, эндоскопическая ретроградная холангио-панкреатография (ЭРХПГ) с механической литоэкстракцией, ЭРХПГ с эндоскопической папиллосфинктеротомией (ЭПСТ) в одну госпитализацию было проведено только у 1034 (60,11%) больных основной группы. В 686 (39,88%) случаев лечение больных с МЖ происходило в два и более этапов: сначала в условиях хирургического отделения «НИИ-ККБ №1» выполнялась миниинвазивная декомпрессия ЖВП (ЭРХПГ, ЭПСТ, наружно-внутренняя холангиостомия и т.д.), а далее, - на втором этапе, консервативная терапия продолжалась в центральной районной больнице по месту жительства. После коррекции гомеостаза, нормализации общего состояния и данных параклинических исследований, - на третьем этапе, опять, в условиях нашего специализированного отделения устраняли причину заболевания, выполняли: лапароскопическую холецистэктомию, наружно-внутреннюю холедохо- или холангиостомию, панкреатодуоденальную резекцию и т.д. Хирургические вмешательства по поводу устранения основной причины возникновения МЖ при повторном поступлении пациентов в НИИ_ККБ №1 были выполнены у 569 (33,08%) пациентов основной группы и 94 (26,7%) группы сравнения ($p < 0,05$). Анализ частоты

выполнения радикальных хирургических вмешательств у пациентов с онкологической причиной билиарного блока показал преимущества в основной группе, в которой удалось радикально прооперировать 209 (69,31%), против 29 (67,27%) больных в группе сравнения ($p < 0,05$).

Выводы: 1) организация дистанционного персонифицированного контроля на этапе первичного обращения позволяет сократить сроки нахождения пациентов в районной больнице, вовремя скорректировать план обследования и лечения больных, а также обеспечить своевременный перевод пациентов в специализированный стационар; 2) наш взгляд именно такой подход позволяет наиболее эффективно использовать мощности специализированных многопрофильных стационаров: добиться улучшения ближайших результатов лечения больных с синдромом МЖ и максимально приемлемых результатов лечения - устранения причины билиарной компрессии.

37. Эффективность оперативных вмешательств под УЗ-навигацией при патологии органов брюшной полости

Абдулжалилов М.К., Иманалиев М.Р., Абдулжалилов А.М., Исаев Х. М-Р.
Махачкала

ФГБОУ ВО "Дагестанский государственный медицинский университет"

Актуальность. Эффективность мини-инвазивных технологий при лечении заболеваний органов брюшной полости и острых жидкостных скоплений сегодня у исследователей не вызывает никаких сомнений, т.к. дают хороший косметологический эффект, способствует снижению показателей послеоперационных осложнений и летальности.

Цель работы – оценить эффективность мини-инвазивных хирургических вмешательств под УЗ-навигацией при патологии органов брюшной полости.

Материал и методы исследования. Проведен анализ результатов хирургического лечения 86 пациентов с различной хирургической патологией органов брюшной полости. Из них мужчин было 38 (44,2%), женщин – 48 (55,8%). Средний возраст пациентов составил 46,9±25,1 лет. Были выполнены следующие дренирующие операции: эхинококковой кисты печени – 8 (9,3%) пациентам, абсцесса печени – 4(4,7%), постнекротической кисты панкреас – 8 (9,3%), забрюшинной флегмоны при панкреонекрозе – 6(7,0%), сальниковой сумки при остром панкреатите -2(2,3%), желчных путей при механической желтухе – 4(4,7%), абсцесса брюшной полости – 4(4,7%), биломы – 2 (2,3%), чрескожная чреспеченочная микрохолецистостомия при деструктивном холецистите – 48(55,8%). Все операции были выполнены под комбинированной анестезией. Техника операции состояла в следующем: разрез кожи скальпелем, затем выполняли чрескожно-чреспеченочную пункцию кисты дренажным комплексом «МИТ» производства ООО «Минимально инвазивные технологии» (Россия) полиэтиленовым фиксирующимся дренажом 12F с разъемом Luer-Lok. Аспирировали содержимое, контрастировали остаточную полость, оценивали размеры, контуры, топографию, наличие связи с желчными путями. Полученные при этом данные позволяли оценить необходимость проведения второго страховочного дренажа. При эхинококковой кисте аспирировали содержимое кисты, затем вводили сколицидный препарат с экспозицией 10-12 минут, после этого аспирировали содержимое кисты вместе с хитиновыми оболочками. Таким же образом дренировали постнекротические кисты панкреас и забрюшинные флегмоны при панкреонекрозе, а также абсцессы печени, брюшной полости, биломы с последующей аспирацией содержимого и промыванием остаточной полости раствором антисептика. При механической желтухе дренировали расширенный внутripеченочный проток с установкой дренажа для декомпрессии желчных путей. При этом желчь выпускали порционно, не допуская быстрой декомпрессии билиарного тракта, с целью профилактики реперфузионного синдрома и развития печеночной недостаточности в раннем послеоперационной

периоде. Аналогичной тактики мы придерживаемся и при обтурационном деструктивном холецистите, т.к. результаты наших исследований свидетельствуют о прогрессировании гнойно-некротических изменений в стенке желчного пузыря после быстрой декомпрессии желчного пузыря, которые являются результатом развития реперфузионного синдрома в желчном пузыре и значительно повышают травматичность выполнения второго радикального этапа хирургического лечения острого калькулезного холецистита – холецистэктомии – у всех пациентов.

Результаты и обсуждение. Оперативное вмешательство под УЗ-навигацией пациенты переносили удовлетворительно. Их легко осваивают практические хирурги. В сравнительном аспекте ранний послеоперационный период у пациентов после миниинвазивных вмешательств протекает благополучно: снижается эндогенная интоксикация, менее выражен болевой синдром, улучшаются результаты анализов, что позволяет рано активизировать пациентов после операции и сократить продолжительность стационарного периода. В послеоперационном периоде умерли 4 (4,7%) пациента с тяжелой сопутствующей патологией: панкреонекрозом, осложненным сепсисом (1), холелитиазом, осложненным механической желтухой тяжелой степени, гнойно-септическим холангитом, билиарным панкреатитом (1), опухолью Клацкина, осложненной механической желтухой тяжелой степени, гнойно-септическим холангитом (1), острым обтурационным деструктивным холециститом (1). Причиной смерти 3 (75,0%) пациентов явилась тромбоэмболия легочной артерии, одной (25,0%) – острая печеночно-почечная недостаточность.

Выводы: накопление опыта и совершенствование техники миниинвазивных вмешательств при патологии органов брюшной полости позволяют получить хорошие результаты, не только сравнимые с традиционными методами лечения, но и еще более эффективными у пациентов пожилого и старческого возраста с массой сопутствующих заболеваний. Несмотря на тяжесть состояния, мини-инвазивные технологии легко переносятся пациентами, носят органосохраняющий характер, сокращает продолжительность операции и наркоза, сроки реабилитации пациентов, значительно снижает показатели послеоперационных осложнений и летальности, возможно применение под местной и проводниковой анестезией, значительно сокращает финансовые расходы на лечение пациентов с тяжелой ургентной хирургической патологией.

38. Возможность оценки степени риска видеолaparоскопических вмешательств с помощью модифицированных функциональных проб

Чумаков П.И.¹, Бондаренко Е.Л.², Голева Т.И.², Демьянова В.Н.^{1,2}, Чепурнов В.Н.²
Ставрополь

¹ФГБОУ ВО Ставропольский государственный медицинский университет

²ГБУЗ СК "ГКБ СМП" г. Ставрополя

Непременным условием проведения видеолaparоскопической операции, динамического видеолaparоскопического исследования, этапной санации под видеолaparоскопическим контролем является создание пространства в брюшной полости, необходимого для внутрибрюшных манипуляций. Наиболее часто это достигается путем наложения пневмоперитонеума, с последующим поддержанием внутрибрюшного давления на уровне 15-20 мм. рт. ст. Это неизбежно влечет за собой различные осложнения, которые можно разделить на две группы: связанные с введением различных газов в брюшную полость и повышением внутрибрюшного давления вне зависимости от вводимых соединений. К первой группе можно отнести проблемы, возникающие при введении в брюшную полость двуокиси углерода (наиболее часто употребляемого газа), заключающиеся в снижении рН и повышении напряжения CO₂, сосудистом коллапсе и выраженной вазодилатации, что проявляется клинической симптоматикой перитонизма в послеоперационном периоде. Данное осложнение легко

устраняется при введении анальгетиков и нестероидных противовоспалительных препаратов. Патофизиологические последствия повышенного внутрибрюшного давления при пневмоперитонеуме включают следующие изменения: 1. Сдавление легких при поднятии диафрагмы с уменьшением остаточной ёмкости, увеличением мертвого пространства и исходом в гиперкапнию. 2. Нарушение сердечной деятельности за счет уменьшения венозного возврата в правое предсердие и увеличения сосудистого сопротивления, снижения сердечного выброса. Кроме того, происходит изменение положения сердца, перевод в горизонтальное положение. 3. Сдавление нижней полой вены с нарушением венозного кровотока в её бассейне и возникновения венозного стаза в нижних конечностях. Замедление кровотока в глубоких венах бедра и голени может привести к тромбозу с последующей эмболией лёгочной артерии. 4. Нарушение кровотока в артериях органов брюшной полости и, как следствие этого усиление послеоперационного пареза кишечника на фоне снижения кровенаполнения и ишемии. В противоположность широко распространенному мнению о «щадящем» характере эндовидеохирургических вмешательств для больных с заболеваниями сердечно-сосудистой системы, нельзя недооценивать их достаточную опасность именно в этих ситуациях. При всей малой травматичности эндовидеохирургических вмешательств во время операции создаются экстремальные условия функционирования дыхания и гемодинамики. Особенно велика опасность для пациентов с высоким риском развития кардиогенного синдрома малого выброса – лиц, перенесших острый инфаркт миокарда, страдающих врожденными и приобретенными пороками сердца, кардиомиопатиями, кардиосклерозом. Необходимость выявления этих групп больных обуславливает достаточно широкий список функциональных исследований: электрокардиография, эхокардиография, спирография, дуплексное сканирование сосудов нижних конечностей и т.д. Однако, все эти исследования проводятся в наиболее благоприятный период, после проведенной предоперационной подготовки и имеют небольшую прогностическую ценность. Для прогнозирования и профилактики интраоперационных осложнений, а также определения вида оперативного доступа и уровня давления газа в брюшной полости нами предложены усовершенствованные методики проведения спирографии и электрокардиографии. Сущность их заключается в моделировании повышенного внутрибрюшного давления. Достигается это наложением бандажа с пневматическими манжетами, который располагается от эпигастральной до паховых областей. После раздувания манжеты производится исследование функции внешнего дыхания и запись ЭКГ. Видеолапароскопическая операция считается рискованной, если форсированная жизненная емкость легких (ФЖЕЛ) менее 70-75%, объем форсированного выдоха за первую секунду (ОВФ) менее 70% и индекс Тиффно (отношение объема форсированного выдоха за первую секунду к жизненной емкости легких) – менее 65% . При электрокардиографии в данных условиях прогностически неблагоприятными считаются следующие моменты: переход электрической оси сердца в горизонтальное положение, снижение амплитуды желудочковых комплексов, появление признаков ишемии, прежде всего в заднебоковых отделах левого желудочка, увеличение ЧСС более 100 ударов в минуту. Выявленные изменения у лиц, входящих в группу риска учитываются при проведении операции. В первую очередь – это создание относительно низкого интраабдоминального давления (6-9 мм рт. ст.), использование технических приемов, улучшающих визуализацию (введение ретракторов через дополнительный торакопорт, увеличение наклонов операционного стола), а также применение лапаролифтинговых методик.

39. Малоинвазивные технологии в комплексном лечении перитонита в акушерстве и гинекологии

Курбонов К.М.^{1,2}, Курбонов Ш.², Мукарамшоева М.²
Душанбе, Таджикистан

¹ГУ «Комплекс здоровья Истиклол»

Актуальность проблемы. Несмотря на значительный прогресс в лечении перитонитов у больных с распространенными формами перитонитов (РП) летальные исходы достигают 37,1-82,3%. Хирургическая тактика при акушерско-гинекологических перитонитах (АГП) должна базироваться на применения различных методик, визуально контролируемых санации брюшной полости, малоинвазивных технологий и комплексном лечении РП. Очевидно, что снижение летальности при «тяжелых» формах АГП может быть достигнуто только благодаря грамотному оперативному вмешательству, направленную на ликвидацию источника перитонита, санации брюшной полости и декомпрессии желудочно-кишечного тракта.

Цель исследования – улучшение результатов хирургического лечения РП у акушерско-гинекологических больных.

Материал и методы. В основу данной работы положены результаты обследования и лечения 86 пациенток с АГП. Возраст пациенток составило от 24 до 74 лет. Причины АГП были следующие: несостоятельность швов на матке после кесарево сечения – 29 (33,7%), несостоятельность швов культи матки – 21 (24,4%), гнойные заболевания придатков матки – 36 (41,9%) (тубоовариальный абсцесс, гнойный салпингит, нагноение гематомы полости малого таза). По распространенности патологического процесса в 48 (55,8%) наблюдениях имело РП, а 38 (44,2%) местный гнойный перитонит. Для диагностики АГП больным проводили клинико-лабораторные, лучевые и инструментальные методы исследования.

Результаты и обсуждение. Для лечения АГП больным проводили различные по характеру и объёму оперативные вмешательства, которые зависели: 1) причины перитонита и ее распространенности; 2) тяжести состояния пациенток; 3) фазы перитонита; 4) характера выпота и наличие сопутствующей патологией. В 42 (48,8%) наблюдениях выполняли традиционные открытые вмешательства со санацией и дренированием тонкой кишки и брюшной полости. Миниинвазивные оперативные вмешательства выполняли в 44 (51,2%) наблюдениях. Так видеолапароскопическое удаление источника перитонита с санацией и дренированием брюшной полости была произведена 22 пациентам. В 15 случаях выполняли пункционно-дренирующие вмешательства под контролем УЗИ и в 7 (8,1%) случаях удаление источника перитонита с санацией и дренированием брюшной полости выполнялось из мини-лапаротомного доступа. После выполнения традиционных лапаротомных оперативных вмешательств послеоперационные вмешательства отмечали в 32 (37,2%) наблюдениях с 8 летальными исходами. Тогда как после выполнения малоинвазивных оперативных вмешательств послеоперационные гнойно-септические осложнения отмечались в 16 (18,6%) случаях с 3 (3,5%) летальными исходами.

Выводы. Применение миниинвазивных оперативных вмешательств при АГП по показаниям способствует достоверному снижению количество послеоперационных гнойно-воспалительных осложнений на 50% и летальности на 70%.

40. Особенности диагностики и хирургической тактики при кишечной непроходимости, обусловленной желчными камнями

Кочергаев О.В.^{1,2}, Копалин А.А.², Кожевников А.А.²
Самара

¹ФГБОУ ВО «Самарский государственный медицинский университет»

²ГБУЗ Самарской области «Самарская городская больница №2 имени Н.А. Семашко»
Минздрава России.

Введение. В современных литературных источниках весьма ограниченно представлены сведения, касающиеся хирургической тактики при обтурационной кишечной непроходимости, обусловленной желчными камнями. Нестандартная

клиника, небольшой опыт способствуют ошибкам и осложнениям (Group O.L.o.E.W., 2011; Maung A.A. et al., 2012).

Цель исследования. Провести анализ результатов лечения пациентов с кишечной непроходимостью, обусловленной желчными камнями на фоне патологического пузырно-дуоденального соустья.

Материалы и методы. Проведен анализ лечения 17 больных с желчнокаменной болезнью, осложнившейся формированием пузырно-дуоденального соустья и кишечной непроходимостью. Исследование проводилось в Самарской городской клинической больнице №2 имени Н.А.Семашко. Анализируемый период охватывал 2014-2018годы. Возраст пациентов превышал 75 лет. В анамнезе у всех исследуемых неоднократные приступы острого холецистита на протяжении предшествовавших 3-10 лет. В 14 случаях пациенты поступали с признаками острой тонкокишечной непроходимостью. В трех случаях предварительный диагноз был острый холецисто-панкреатит. Протокол обследования больных при поступлении в стационар включал: обзорную цифровую рентгенографию живота и груди; УЗИ-скрининг брюшной полости, фиброгастродуоденоскопию, исследования по профилю соматической патологии. Следует отметить, что четырнадцати пациентам проводились пробы с пассажем по кишечнику водорастворимого контраста. В основе диагностики и хирургической тактики сведения из национальных клинических рекомендаций (НКР РОХ 2015) по лечению острой неопухоловой кишечной непроходимости. Следует отметить, что в диагностическом процессе приоритетным являлись обзорная рентгенография живота, фиброгастродуоденоскопия. Особенности лечения данной категории пациентов являлись: возраст, трудность диагностики и тяжелая соматическая патология. В анализируемом материале сформировали две группы. Первая группа (12 больных) - с признаками обтурационной кишечной непроходимости. Вторая группа (5 пациентов) - с признаками острого холецисто-панкреатита. При фиксации конкремента в желчном пузыре производилась попытка его эндоскопического извлечения через желудок. В четырех случаях нам удалось извлечь, в одном - желчный камень мигрировал в просвет тонкой кишки. После обтурации просвета, это как правило, терминальный отдел подвздошной кишки, проводилось оперативное лечение. При подозрении на обтурацию желчным камнем выполнялась фиброгастродуоденоскопия. При подтверждении диагноза осуществлялся минидоступ в правой подвздошной области (Зсм). Такая тактика осуществлена у семерых больных с положительным результатом. У четырех человек отмечена несостоятельность пузырно-дуоденального соустья. В трех наблюдениях операцию начинали с лапароскопии. Однако после удаления желчного пузыря выявляли большой дефект в стенке двенадцатиперстной кишки. Он (дефект) составил в среднем 4,0-5,0 см в длину и 2,0-3,0 см. Операцией выбора в таких случаях была резекция желудка по Бильрот II с формированием дуоденостомы. У двух больных наступил летальный исход. Причинами была тяжелая соматическая патология и возраст. Как показали результаты выполненной работы, летальность в исследуемой группе составила 11,7% (2 пациента). Итоги проведенного исследования позволяют положительно оценить предложенную хирургическую тактику.

Заключение. 1. Лечение пациентов с острой кишечной непроходимостью, обусловленной желчными камнями должно быть максимально щадящим. 2. Противопоказано разобщение пузырно-дуоденального соустья. 3. В основе оперативного лечения - минидоступ и энтеротомия и извлечение желчного камня. 4. Интубацию кишечника следует осуществлять при кишечной непроходимости в стадии декомпенсации. 5. Холецистэктомия рекомендуется выполнять при несостоятельности пузырно-дуоденального соустья. 6. Резекцию желудка осуществлять в случаях несостоятельности пузырно-дуоденального соустья с формированием дуоденостомы. 7. При наличии дополнительных конкрементов в желчном пузыре эвакуировать их в просвет желудка и посредством ФГДС удалить его.

41. Лапароскопические хирургические вмешательства в неотложной абдоминальной хирургии

Лаврешин П.М., Савченко Ю.П., Байчоров Х.М., Гобеджешвили В.К., Барсуков В.Г., Кочкаров Э.В.

Ставрополь

ФГБОУ ВО СтГМУ Минздрава России, кафедра общей хирургии

Актуальность: современной тенденцией развития хирургии является уменьшение инвазивности и травматичности оперативных вмешательств. Особое значение это направление приобретает в неотложной абдоминальной хирургии в связи с увеличением числа больных с острой патологией, возрастанием частоты осложненных форм заболеваний, необходимостью дальнейшего улучшения результатов лечения.

Цель исследования – улучшение диагностики и результатов хирургического лечения с применением лапароскопической техники при наиболее распространенных острых хирургических заболеваниях живота.

Материалы и методы: проведено сравнение двух групп больных: контрольная группа – традиционное оперативное пособие в комплексном лечении с острой патологией органов брюшной полости 118 пациентов и основная группа – 44 пациента, в комплексном лечении которых применялись лапароскопические технологии. Неотложные состояния: I) контрольная группа (прооперированных традиционно): острый холецистит - 29, острый аппендицит - 48, неясные диагностические случаи «острого живота» - 4, ранения и травмы живота - 9, гинекологическая патология - 9, перфоративные язвы желудка и 12 перстной кишки - 9, острая кишечная непроходимость – 124. II) основная группа (оперированы лапароскопически): острый холецистит - 19, острый аппендицит - 7, неясные диагностические случаи «острого живота» - 9, гинекологическая патология - 3, перфоративные язвы желудка и 12 перстной кишки - 5, острая кишечная непроходимость – 1. Подавляющее большинство случаев составили больные с острыми воспалительными заболеваниями органов живота. Среди общего числа пациентов в группе больных, которым выполнена лапароскопическая операция, женщин было 20 (45,5 %), мужчин - 24(54,5 %). Возраст колебался от 14 до 65 лет и в среднем составил $46,1 \pm 1,5$ года. В контрольной группе женщин было 45(38%), мужчин - 73 (62%). Возраст, в среднем составил $39,1 \pm 1,2$ года. Среди пациентов, оперированных лапароскопически, 9 пациентов (25,7%), в контрольной группе 41 (33,4 %) страдали сопутствующими заболеваниями. Из всех больных 38 (30,8%) больных имели сочетание двух и более нозологических форм. Пациенты оперированы в неотложном порядке в сроки от 1-х до 3-х и более суток от начала заболевания. Все пациенты сопоставимы по полу, возрасту, тяжести состояния и сопутствующей патологии. В послеоперационном периоде пациенты получали стандартное лечение, включающее антибактериальную, анальгетическую, инфузионно-детоксикационную терапию, перевязки в послеоперационном периоде.

Результаты и обсуждение: средний койко-день у больных оперированных лапароскопически составил 7 ± 1 день, традиционно – 10 ± 1 день. Среди больных, у которых развились послеоперационные осложнения после видеолапароскопических операций составил 10 ± 1 день, после традиционных операций – 18 ± 1 день. Интраоперационные осложнения при такие как кровотечение из брыжейки аппендикса, перфорация стенки червеобразного отростка, отрыв отростка от слепой кишки служили причиной перехода на лапаротомию. При традиционных операциях наибольшее количество осложнений были: нагноение послеоперационной раны, эвентерация, грыжи. При лапароскопических операциях доля осложнений.

Выводы: использование принципов лапароскопии, при оказании неотложной хирургической помощи, позволяет не только улучшить результаты оперативного лечения больных с неотложными заболеваниями органов брюшной полости, но и уменьшить количество осложнений, и как следствие снизить койко день пребывания

больных в стационаре, что в конечном итоге ведет к снижению стоимости лечения больных.

42. Клинический случай этапного малоинвазивного лечения желчнокаменной болезни, протекающей с множественными осложнениями

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

Волгоград

ФГБОУ ВО Волгоградский государственный медицинский университет Минздрава
России

Одновременное наличие нескольких осложнений желчнокаменной болезни вынуждает хирургов принимать нестандартные решения при формировании алгоритма оперативного лечения пациентов, обратившихся за медицинской помощью в поздние сроки от начала заболевания. Пациентка Л., 50 лет, была доставлена в стационар каретой скорой помощи, спустя несколько месяцев после манифестации клинических признаков ЖКБ, с жалобами на боли в верхних отделах живота, правой подвздошной области, тошноту, сухость во рту. Объективно: общее состояние относительно удовлетворительное, пульс – 88 в минуту, АД - 130/90 мм рт. ст., ЧДД – 18 в минуту, язык обложен, подсыхает, кожные покровы обычной окраски; живот не вздут, участвует в акте дыхания, при пальпации болезненный в эпигастральной и правой мезогастральной областях, перитонеальных симптомов нет, желчный пузырь не пальпируется, пульсация брюшного отдела аорты ослаблена; стул оформленный, кал светло-коричневый, диурез адекватный, моча тёмно-жёлтого цвета. Ультразвуковая картина брюшной полости: в проекции желчного пузыря определяется эхопозитивный участок с гиперэхогенными структурами до 18 мм с мощной акустической тенью, полость желчного пузыря не определяется; главные долевого протоки расширены, холедох от 12 до 20 мм, в его просвете несколько гиперэхогенных структур до 10 мм; головка поджелудочной железы 27 мм, свободной жидкости в брюшной полости нет. При ЭГДС выявлено, что большой дуоденальный сосочек (БДС) несколько увеличен в размерах, слизистая его не изменена, при раздувании полости двенадцатиперстной кишки (ДПК) из его устья поступает большое количество тёмной желчи. При МРТ брюшной полости с холангиографией: желчный пузырь 60x38x37 мм, стенки его до 3 мм, содержимое – множественные мелкие и крупные конкременты, выполняющие всю полость и проксимальный отдел пузырного протока; долевого печёночные протоки до 7 мм, общий печёночный проток до 15,5 мм, холедох – 10-12 мм с конкрементами 5-6 мм; главный проток поджелудочной железы - 2 мм, её головка – 20 мм. Биохимический анализ крови: альфа-амилаза - 41,6 Ед/л, АлАТ - 175,0 Ед/л, АсАТ – 172,8 Ед/л, Вi общий – 59,5 мкмоль/л (Вi прямой -37,4 мкмоль/л). В плановом порядке выполнена операция: ЛХЭ, разобщение и ушивание холецисто-дуоденального свища, лапароскопическая холедохолитотомия, Т-дренаж холедоха, интраоперационная холангиография. Из особенностей вмешательства. Тупо и остро разделён хрящевидной плотности инфильтрат в правом подреберье, образованный печенью, сальником, ДПК, желчным пузырём, который полностью выполнен конкрементами и плотно фиксирован к гепатикохоледоху. При разделении инфильтрата разобщён холецисто-дуоденальный свищ, дефект в ДПК (20 мм) ушит узловыми швами. Желчный пузырь удалён. Диаметр холедоха 12-13 мм. Выполнена супрадуоденальная холедохотомия, катетером Фогарти 5 Fr извлечено 3 конкремента до 5 мм, после этого катетер свободно проведён через БДС в просвет ДПК. Установлен Т-дренаж, холедох герметизирован. На интраоперационной холецистограмме: тень холедоха расширена до 15-16 мм, однородная, имеется заброс контраста в главный проток поджелудочной железы, эвакуация контраста в ДПК хорошая. Через 14 дней после операции, при дебете желчи 250-300 мл/сут, выполнена контрольная холецистограмма: тень желчевыводящих путей однородная, эвакуация контраста в ДПК без задержки, тень холедоха в проксимальной части 15 мм, дистальная его часть сужена до 3-4 мм.

Пациентка выписана из стационара через 20 дней после операции с функционирующим Т-дренажем. Диагноз заключительный клинический: Острый калькулёзный холецистит в инфильтрате. Холедохолитиаз. Холецисто-дуоденальный свищ. Острый панкреатит. Механическая желтуха. Через 60 дней после операции дебет желчи по Т-дренажу снизился до 50-100 мл/сут. На холецистулограмме отмечена умеренная задержка эвакуации контраста в ДПК, проксимальная часть холедоха была расширена до 15-16 мм, а терминальная часть - копьевидно сужена, что было расценено как формирующийся стеноз. Через 74 дня после операции, как этап малоинвазивного хирургического лечения, была выполнена эндоскопическая папиллосфинктеротомия (ЭПСТ). Во время ЭГДС были верифицированы 2 парафатериальных дивертикула до 5 мм. При ЭРХПГ ширина холедоха составляла 15 мм с выраженным сужением терминальной части, гомогенным содержимым, долевыми протоками были расширены до 4-5 мм. Протяжённость ЭПСТ составила 15 мм, в панкреатический проток был установлен пластиковый стент 5 Fr, в холедох – пластиковый стент 10 Fr. Через 14 дней после ЭПСТ был перекрыт Т-дренаж холедоха, ещё через 7 дней – удалён. Стент холедоха был извлечён при ЭГДС через 3 месяца после ЭПСТ, причём стента панкреатического протока в зоне установки не было. Пациентка была выписана в удовлетворительном состоянии.

Таким образом, тактика этапного минимально инвазивного лечения желчнокаменной болезни с наличием нескольких осложнений позволяет добиться положительного результата без развития осложнений, связанных с оперативным доступом и объёмом одномоментного хирургического вмешательства.

43. Новый экстракорпоральный способ обработки культи аппендикса при видеоассистированной аппендэктомии

Мяконький Р.В.¹, Романов И.В.², Панкратов А.И.³

¹Волгоград, ²Балашиха, ³Саров

¹ФГБОУ ВО Волгоградский государственный медицинский университет Минздрава России

²Московский областной онкологический диспансер

³Клиническая больница № 50 ФМБА России

Актуальность. Окончательная диагностика острого аппендицита должна осуществляться посредством рутинной диагностической лапароскопии, которая при необходимости может закончиться лапароскопической или видеоассистированной, или же «классической» - открытой аппендэктомией. Обязательным условием выполнения лапароскопической аппендэктомии является наличие у оперирующего хирурга базовых эндоскопических навыков, в то время как видеоассистированную аппендэктомию способен выполнить даже начинающий хирург. Проведя диагностическую лапароскопию и выявив признаки острого аппендицита, хирург, в том числе и начинающий, легко может перейти к выполнению видеоассистированной аппендэктомии. Суть вмешательства заключается в наложении контрапертуры в правой подвздошной области, введение в нее зажима Микулича, которым под контролем зрения необходимо захватить верхушки аппендикса, осуществив ее экстракорпоральное выведение, с последующим расширением контрапертуры, переведя ее в полноценный оперативный доступ. При этом разрез в правой подвздошной области, достаточный для выполнения аппендэктомии, у пациентов без ожирения, как правило, может составлять не более 3 см. Нужно обратить внимание, что обработка культи аппендикса является наиболее ответственным этапом оперативного приема. Основная ее цель - достижение сосудистого гемостаза и профилактика инфицирования окружающих тканей. Кроме того, именно от способа обработки культи червеобразного отростка слепой кишки (потенциальных технических трудностей при ее выполнении) во многом зависит величина разреза передней брюшной стенки, а значит и объем операционной травмы. Как известно, обработка культи аппендикса может осуществляться лигатурным или

погружным способом, последний в аспекте профилактики послеоперационных инфекционных осложнений более предпочтителен (Б.В. Поздняков и соавт., 2008). Лигатурный способ обработки культи аппендикса, заключающийся в том, что культя аппендикса перевязывается нерассасывающимся шовным материалом (разобщение просвета толстой кишки со свободной брюшной полостью), обрабатывается 5% спиртовым раствором йода и/или коагулируется слизистая, культя не погружается в стенку кишки (Ю.Ф. Исаков, Э.А. Степанов, А.Ф. Дронов, 1980). В свою очередь погружной способ обработки культи аппендикса подразумевает перевязку культи рассасывающимся шовным материалом (с целью опорожнения возможного микроабсцесса культи в полость толстой кишки) у ее основания с погружением в стенку слепой кишки кисетным и Z-образным швом (В.И. Колесов, 1972). К.К. Федоровым (1994) предложен способ обработки культи аппендикса путем ее погружения в кисетный шов без наложения лигатуры. Однако при этом способе нередко возникают технические трудности при погружении неперевязанной культи в слепую кишку, следовательно, повышается риск инфицирования передней брюшной стенки и брюшной полости. Сохранение принципа малоинвазивности и достижение хорошего косметического эффекта при выполнении видеоассистированной аппендэктомии может быть достигнуто с использованием предлагаемого нами нового погружного способа обработки культи аппендикса.

Материал и методы. В 2018 г. нами предложена методика нового погружного способа обработки культи червеобразного отростка слепой кишки при выполнении видеоассистированной аппендэктомии у взрослых (автор Р.В. Мяконький, подана заявка на получение патента). Суть метода заключается в следующем, после выведения червеобразного отростка в минилапаротомную рану правой подвздошной области производится классическая аппендэктомия. У верхушки отростка на его брыжейку накладывается зажим. У основания червеобразного отростка брыжейка перфорируется с помощью зажима. Через образовавшееся отверстие брыжейка аппендикса пережимается с помощью кровоостанавливающего зажима, отсекается и перевязывается нерассасывающейся нитью, пересекается. При отечной или мясистой брыжейке ее следует перевязывать и пересекать порционно с помощью наложения нескольких зажимов. Затем у основания отростка накладывают зажим и отпускают его. При этом на стенке червеобразного отростка образуется бороздка. В области этой бороздки накладывается рассасывающаяся лигатура, выше которой на аппендикс накладывается зажим, производится аппендэктомия. Предлагаемый нами способ обработки культи аппендикса заключается в следующем, после перевязки и отсечения аппендикса, оставшаяся культя обрабатывается 70% раствором этилового спирта, затем сухим тампоном и точно коагулируется слизистая культи (профилактика микроабсцедирования) после чего лигатурой, находящейся на культе червеобразного отростка, отступив по 1,0 см с каждой стороны, от культи накладывается Z-образный серозно-мышечный шов, в который и погружается культя. Происходит «схлопывание» тканей купола слепой кишки над культей. Таким образом, при размере культи аппендикса 0,5 см, над ней образуется серо-серозный карман размером 1,0 см, образованный куполом слепой кишки. После обработки культи аппендикса предлагаемым способом, происходит адгезия серозы с надежной фиксацией культи отростка в стенке слепой кишки. Наложение на купол слепой кишки дополнительного Z-образного или кисетного шва не требуется. Купол слепой кишки погружается в брюшную полость, выполняется обработка раны 3% раствором перекиси водорода и/или 0,05% раствором хлоргексидина биглюконата (профилактика нагноения раны), рана осушается. С помощью эндоскопа производится заключительная инспекция брюшной полости с последующим извлечением эндоскопических инструментов. Контроль гемостаза в ранах. Ушивание ран. Наложение асептических повязок. Полученные результаты и обсуждение. Предложенный метод экстракорпоральной обработки культи аппендикса при видеоассистированной аппендэктомии при неосложненных формах острого аппендицита легко воспроизводим, позволяет минимизировать

интраоперационную травматизацию слепой кишки и передней брюшной стенки, препятствует инфицированию наружных и внутренних тканей живота. Он легко воспроизводим, в том числе начинающими хирургами, не требует дополнительного технического оснащения и навыков. Для формирования единообразия терминологии и упрощения фиксации приведенной методики в медицинской документации, возможно, использовать следующую формулировку: «...выполнена видеоассистированная аппендэктомия с обработкой культи аппендикса по Р.В. Мяконькому». Опыт относительно немногочисленных наблюдений (80 операций) применения предлагаемой методики побуждает к позитивной оценке ее возможностей и перспективности. Все это позволяет рекомендовать использование обработки культи аппендикса по Р.В. Мяконькому для широкого использования, как при видеоассистированной, так и открытой аппендэктомии.

Выводы. Видеоассистированная аппендэктомия обладает всеми преимуществами малоинвазивного вмешательства, в тоже время, она является менее сложной по сравнению с лапароскопической аппендэктомией. Существует убежденность в том, что использование приведенной методики, как части рутинного оперативного приема, позволит накопить и проанализировать отдаленные ее результаты в формате многоцентровых исследований. Рекомендации. Приведенная методика обработки культи аппендикса должна быть доступна для ознакомления при обучении студентов медицинских вузов, ординаторов и курсантов хирургического профиля. Возможность ее применения можно учитывать при разработке алгоритмов и рекомендаций лечения пациентов с острым аппендицитом.

44. Выбор метода декомпрессии при остром холангите злокачественной этиологии

Осипов А.В., Демко А.Е., Суров Д.А., Святненко А.В.
Санкт-Петербург

Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт скорой помощи им. И.И. Джанелидзе

Аналізу подверглись результаты лечения 107 пациентов с острым холангитом злокачественной этиологии, поступивших в Санкт-Петербургский НИИ скорой помощи им. И.И. Джанелидзе с января 2014 по июнь 2019 года. Причинами холангита были: опухоль головки поджелудочной железы 56 (53,8%), опухоль большого дуоденального сосочка (БДС) – 16 (15,4%), опухоль супрапанкреатического отдела холедоха и желчного пузыря – 14 (13,4%), опухоль Клацкина с распространением на долевые и сегментарные протоки - 18 (17,3%). Ретроградное стентирование холедоха было выполнено - в 22 (21,1%) случаях, из них в 9 (40,9%) случаях отмечалась ранняя дисфункция стента, потребовавшая рестентирования или дополнительного дренирования желчных протоков. В 2 наблюдениях развился острый панкреатит легкой степени тяжести. Назобилиарное дренирование холедоха было произведено в 4 (03,8%) случаях. У 7(56,7%) больных с целью декомпрессии билиарного дерева была выполнена чрескожная холецистостомия В остальных 71 (68,2%) случаях отдавали предпочтение установке наружных дренажей посредством чрескожного чреспеченочного доступа под ультразвуковой и рентгеновской навигацией. Первичное наружновнутреннее дренирование билиарного тракта не использовали. Во всех случаях антеградного дренирования удалось добиться купирования холангита или существенного улучшения состояния пациентов. Осложнения в группе антеградных методов встречались в 9(12,6%) % случаев. При этом, в 8 наблюдениях они не потребовали повторных вмешательств. В 1 случае наблюдали перфорацию общего печеночного протока с желчным перитонитом, потребовавшим лапаротомии. В отдаленном периоде оперированы 53 больных, в том числе 38 больным выполнена гастропанкреатодуоденальная резекция, 9 больным наложение обходного холецистоэнтероанастомоза, 6 больным выполнено формирование обходного

гастроэнтероанастомоза. В остальных случаях миниинвазивные эндобилиарные вмешательства явились окончательным методом лечения.

Выводы. На первом этапе лечения у пациентов с острым холангитом целесообразно осуществлять декомпрессию желчных путей. При выборе метода оперативного лечения необходимо учитывать уровень поражения опухолью. С учетом значимого количества первичной дисфункции стентов, предпочтение следует отдавать антеградным методам декомпрессии и назо-билиарному дренированию.

45. Острый холангит доброкачественной этиологии. Современная тактика лечения

Демко А.Е.¹, Осипов А.В.¹, Сувор Д.А.², Святненко А.В.¹
Санкт-Петербург

¹Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт скорой помощи им. И.И. Джанелидзе,

²ФГБОУ ВПО «Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова», Министерства обороны Российской Федерации

Цель: улучшение непосредственных результатов лечения пациентов с острым холангитом доброкачественной этиологии.

В последние годы частота гнойного холангита неуклонно увеличивается. Основной причиной обструктивной желтухи и холангита является холедохолитиаз (до 86,2%). По данным различных авторов, лечение этой категории пациентов сопровождается высоким риском осложнений (до 54,1%) и высокой летальностью (4,7-28,5%).

В проспективное наблюдательное исследование включены 397 пациентов с острым холангитом доброкачественной этиологии, находившихся на лечении в Санкт-Петербургском научно-исследовательском институте скорой помощи им. И.И. Джанелидзе в период с января 2014 по май 2019 года. , из которых 378 (95,4%) поступили по неотложным показаниям. По полу больные распределялись следующим образом: 167 мужчин (42,0%) и 230 женщин (58,0%). Степень тяжести холангита определялась в соответствии с Токийскими протоколами 2013 года. Пациентов с холангитом легкой степени было 104 (26,2%), 229 (57,7%) средней степени тяжести и 64 (16,1%) с тяжелой степенью тяжести. Средний возраст пациентов составил 59,4 ± 23,6 года (19-93 года). При этом, более 50% пациентов были старше 60 лет. Ятрогенные поражения были диагностированы в 14 (3,5%) случаях. (5 повреждений и 9 послеоперационных стриктур). Первичные стриктуры встречались в 10 (2,5%), острый панкреатит - 27 (6,8%), холедохолитиаз-346 (87,1%). В подавляющем большинстве случаев использовалась двухэтапная тактика хирургического лечения: экстренная декомпрессия желчевыводящих путей, затем отсроченное устранение причины холангита. В то же время нам удалось определить место одноэтапного хирургического пособия. Основываясь на ретроспективном многофакторном анализе результатов лечения больных с острым холангитом, мы пришли к выводу, что основной прогностический фактор неблагоприятного исхода – длительное время от манифестации заболевания до первичного декомпрессивного вмешательства. 59 (92,1%) больных с тяжелым холангитом подверглись первичной операции в срок до 6 часов от момента поступления в стационар. Лечение всех случаев острого холангита было дополнено эмпирической антибактериальной терапией. Больные с холангитом тяжелой степени находились на лечении в отделении реанимации и интенсивной терапии. При первичном дренировании желчных протоков использовались как антеградные, так и ретроградные методы. Основными методами декомпрессии являлись – ретроградные (стентирование в 53 (13,4%) и назо-билиарное дренирование 11(2,8%) общего желчного протока, ЭПСТ и литоэкстракция – 224(56,4%)). Проведено 32 чрескожных чреспеченочных вмешательства, при невозможности выполнения ретроградной декомпрессии. Произведено 77 гибридных операции в группе больных с холангитом легкой степени. Частота осложнений в исследуемой группе пациентов с острым холангитом составила

14,5%, летальность - 6,3%, что свидетельствует об эффективности предложенных подходов к лечению больных с данной патологией. Однако требуется дальнейшее накопление опыта и изучение возможностей современных минимально инвазивных вмешательств в лечении острого холангита.

46. Сравнительная характеристика вариантов дренирования полостных образований брюшной полости под контролем УЗИ

Чумаков П.И.¹, Демьянова В.Н.^{1,2}, Пыхтин Ю.Ю.^{1,2}, Камерджиев А.В.², Курбанов Ф.Р.², Лукьяненко О.В.², Бондаренко А.Г.^{1,2}, Салпагаров Ш.Р.¹

Ставрополь

¹ФГБОУ ВО Ставропольский государственный медицинский университет Минздрава России

²ГБУЗ СК "ГКБ СМП" г. Ставрополя

Минимизация операционной травмы является одним из ключевых направлений современной хирургии. В настоящее время практически во всех направлениях хирургии нашли применение миниинвазивные вмешательства под контролем УЗИ, особенно там, где традиционное хирургическое лечение не приносит ожидаемых результатов. Данные о применении чрескожных пункционных и пункционно-дренирующих вмешательствах под контролем УЗИ при различной патологии органов брюшной полости, приводимые в отечественной и зарубежной литературе, довольно противоречивы, что связано с отсутствием объективного анализа эффективности различных вариантов дренирования под контролем УЗИ.

Цель исследования: провести сравнительную оценку продолжительности оперативных вмешательств, частоты конверсии хирургического доступа, количества интра- и послеоперационных осложнений и возможности их коррекции при различных вариантах дренирования полостных образований под контролем УЗИ.

Материалы и методы исследования: 421 пациент в возрасте от 21 до 65 лет (преобладающий возраст 51-71 год) которым было выполнено чрескожное дренирование полостных образований брюшной полости под контролем УЗИ. Клиническая база: хирургическое отделение ГБУЗ СК "ГКБ СМП" г. Ставрополя.

Обсуждение: проведено сравнение трех групп больных. Первая группа – двухмоментное дренирование. (56 пациентов) При двухмоментном дренировании использовался набор, состоящий из дренажа типа «свиной хвост с симметричным расположением» диаметром 7, 8 или 9 СН из рентгеноконтрастного материала (полиэтилена или полиуретана) длиной 30 см, установочной канюли, одинарной пункционной иглы 20 см, диаметром 18 G с ультразвуковыми метками и пластмассовым адаптером, силиконизированного изогнутого сверхжесткого проводника 0,032 дюйма, бужей фасциальных, удлинительного адаптера. Выполнялась пункция полости абсцесса пункционной иглой, через которую вводился гибкий проводник, игла удалялась. По проводнику вводились бужи возрастающего диаметра, а затем катетер нужного диаметра. Недостатки – высок риск подтекания содержимого полости вдоль пункционного канала (особенно при применении бужирования); требует наличия множества различных инструментов. Вторая группа (61 пациент) – при одномоментном дренировании стилет-катетером полость абсцесса пунктировали специальной иглой-стилетом с помещенным на ней катетером-оболочкой. Размеры наружной канюли и дренажа выбраны таким образом, что в собранном виде остается свободный участок иглы. Устройство снабжено приспособлением для перемещения наружной канюли и дренажа по игле, а также держателями иглы и наружной канюли. Третья группа - дренирование с помощью устройства для дренирования полостных образований (УДПО) -304 пациента. Через разрез кожи проводили пункцию свободным участком иглы, при этом наружная канюля и дренаж остаются снаружи от кожных покровов больного. С помощью упорной пластины фиксировали положение иглы, а с помощью второй

упорной пластины осуществляли поступательное движение наружной канюли и дренажа по игле на расстояние, равное длине ограничительного тросика.

Выводы: при применении двухмоментного дренирования отмечался высокий риск подтекания содержимого полости вдоль пункционного канала (особенно при применении бужирования, требующего выполнения нескольких возвратно-поступательных движений); необходимо наличие множества различных инструментов. Максимальный размер дренажа был ограничен размером в 9 СН. В связи с чем способ использовался при абсцессах диаметром, лишь немного превышающих 50 мм, правильной округлой формы, при отсутствии секвестров в полости абсцессов. При методике одномоментного дренирования стилет-катетером существенно упрощается техника чрескожного дренирования различных полостных образований. Отмечалась высокая травматичность при применении катетеров большого диаметра и необходимости повторных пункций. Методика применима в основном для дренирования крупных, поверхностно расположенных образований. При дренировании с помощью УДПО – удается обеспечить высокую точность выполнения пункции и избежать множества возвратно-поступательных движений. Метод в целом вобрал в себя достоинства вышеперечисленных методик и практически не имеет их недостатков.

47. Комбинированные эндоскопические технологии в лечении язвенных гастродуоденальных кровотечений у больных с неустойчивым гемостазом

Чередников Е.Ф., Фурсов К.О., Баранников С.В., Малеев Ю.В.

Воронеж

ФГБОУ ВО ВГМУ им. Н.Н. Бурденко, кафедра факультетской хирургии

Актуальность. Гастродуоденальные кровотечения остаются сложной и до конца нерешенной проблемой. Важное значение в лечении этой группы пациентов имеют комбинированные эндоскопические технологии. Определяющим при этом является первичный надежный гемостаз и профилактика возможного рецидива геморрагии.

Цель. Выработать оптимальный алгоритм лечения язвенных гастродуоденальных кровотечений у больных с неустойчивым гемостазом путем применения комбинированных эндоскопических технологий.

Материал и методы. Исследование основано на результатах лечения язвенных гастродуоденальных кровотечений у 57 пациентов с неустойчивым гемостазом, находившихся на лечении в общехирургических отделениях БУЗ ВО «ВГКБСМП №1» г. Воронежа. В зависимости от источника кровотечения больные распределились следующим образом: острые язвы желудка и ДПК – 17 (29,8%) чел; синдром Меллори-Вейсса – 15 (26,3%) чел; рак желудка – 6 (10,5%) чел; полипы и леомиома желудка – 12 (21,1%) чел, аррозированные сосуды желудка и ДПК – 7 (12,3%) чел. Согласно эндоскопической классификации больные распределились так: продолжающееся кровотечение было отмечено у 21 (36,8%) чел (основная группа – 11 больных, контрольная группа – 10), нестабильно остановившееся кровотечение (сгусток или тромбированный сосуд) – у 36 (63,2%) чел (основная группа – 19 больных, контрольная группа – 17). Все больные были разделены на две группы: основную группу (n=30 чел.) и контрольную группу (n=27 чел.). Больные были сопоставимы по возрасту, полу, характеру и степени тяжести кровотечения, продолжительности наблюдений. В лечении больных основной группы (30 чел) использовался индивидуальный подход с применением местных гемостатических средств (обогащенная тромбоцитами плазма (ОТП) и желпластан) в комбинации с гранулированными сорбентами (асептисорб-А и диовин) в комплексном эндоскопическом лечении гастродуоденальных кровотечений (Патент РФ № 2632771). В частности, у больных с продолжающимся кровотечением (11 чел.) последнее останавливали вначале обкалыванием аминокaproновой кислотой с последующей аргоно-плазменной коагуляцией (АПК), а затем на область дефекта производили аппликацию ОТП с последующей пневмоинсуффляцией асептисорба-А. У

больных с тромбированным сосудом вначале производили АПК сосуда, а затем – пневмоапликацию ОТП в сочетании с асептисорбом-А. У пациентов со сгустком на кровоточащем дефекте с целью профилактики рецидива геморрагии на дефект наносили желпластан в комбинации с диовином. В группе сравнения (27 чел.) использовались традиционные методы эндоскопического гемостаза (инъекционный метод, диатермокоагуляция, АПК и др.) без применения обогащенной тромбоцитами плазмы и гранулированных сорбентов. Основными критериями в оценке результатов лечения были: сроки окончательного гемостаза, частота возобновления кровотечения, наличие неотложных операций, показатели летальности, сроки госпитализации.

Результаты и их обсуждение. При оценке результатов лечения больных основной группы с продолжающимся кровотечением было отмечено, что первичный эндоскопический гемостаз был достигнут у всех 11 пациентов. При этом рецидивов кровотечения, неотложных операций и летальных исходов в этой группе больных выявлено не было. Эндоскопический первичный гемостаз в контрольной группе удалось также достичь у всех 10 больных, однако у 3 пациентов (2 больных – с острыми язвами желудка и ДПК и 1 пациент – с раком желудка) отмечалась клиника рецидива кровотечения. Двое из них были экстренно оперированы "на высоте кровотечения". Послеоперационный период у одного из них (больной с раком желудка) осложнился пневмонией и на 7 сутки после операции пациент умер. У больных основной группы с неустойчивым гемостазом (19 чел.) кровотечение возобновилось у 4 больных. При этом у всех этих пациентов основной группы кровотечения были остановлены с применением разработанных эндоскопических технологий. Один больной (рак желудка) с высокой угрозой возобновления кровотечения был оперирован в отсроченном порядке. После операции больной был выписан на дальнейшее лечение у онколога. Никто в этой основной группе не умер. В контрольной группе с нестабильно локальным гемостазом рецидив был отмечен у 7 из 17 больных. Двое пациентов были оперированы на "высоте кровотечения", в послеоперационном периоде один больной на фоне тяжелой сопутствующей патологии скончался. Сроки госпитализации в основной группе больных составили $6,25 \pm 0,25$, а в контрольной группе – $10,3 \pm 0,7$ (при $p < 0,05$).

Вывод. Использование новых технологий эндоскопического гемостаза путем комбинированного применения гемостатических средств (ОТП и желпластан) и гранулированных сорбентов (асептисорб-А и диовин) при лечении пациентов с неязвенными гастродуоденальными кровотечениями позволяет уменьшить риск рецидива кровотечения, избежать экстренных операций, снизить летальность и сократить сроки пребывания в стационаре с $10,3 \pm 0,7$ до $6,25 \pm 0,25$ койко-дней ($p < 0,05$).

48. Лапароскопия в неотложной хирургии

Турбин М.В.², Черкасов М.Ф.¹, Бондаренко В.А.², Погребняк И.В.², Устименко И.В.²
Ростов-на-Дону

¹ФГБОУ ВО РостГМУ Минздрава России

²МБУЗ ГБСМП г. Ростова-на-Дону

В настоящее время невозможно представить неотложную абдоминальную хирургию без использования современных медицинских технологий. Применение видеолапароскопических операций давно входит в арсенал хирургических клиник и отделений больниц разного уровня.

В хирургическом отделении МБУЗ ГБСМП города Ростова-на-Дону видеолапароскопия в диагностике и лечении скорпомощных пациентов проводится с 1994 года. В 2008-2018 гг. пролечено 24355 пациентов. Лапароскопические операции выполнялись 15800 больным, что составило 76,15% от общего числа прооперированных пациентов. С 2008 по 2018 гг. у 7970 пациентов с подозрением на острый аппендицит выполнена диагностическая лапароскопия. Данный диагноз подтвердился у 6535

пациентов (82%). У 18% была выявлена либо иная патология органов брюшной полости, либо хирургическая патология была исключена. Конверсия составила 1,5%. Диагноз катарального аппендицита установлен у 614 (9,4 %), флегмонозного – у 4908 (75,1 %), гангренозный аппендицит выявлен у 784 (12 %), гангренозно-перфоративный – у 229 (3,5 %) пациентов. Типичное расположение червеобразного отростка наблюдалось в 56 % наблюдений, тазовое у 21,5 % пациентов, подпечёночное у 14 % и забрюшинно - у 8,5 % больных. Применение видеолапароскопии у пациентов с острым холециститом позволило подтвердить диагноз у 96% пациентов. Лапароскопическая холецистэктомия была выполнена в данной группе больных у 97%, переход на лапаротомию составил 3%. Деструктивные формы холецистита выявлены у 5780 пациентов (73% прооперированных по поводу острого холецистита). У пациентов с гипербилирубинемией, острым панкреатитом, в том числе в анамнезе, расширением пузырного протока, мелкими конкрементами желчного пузыря, подозрением на аномалию желчевыводящих путей выполнялось дренирование холедоха мочеточниковым катетером через культю пузырного протока. Видеолапароскопия у пациентов с острым панкреатитом применялась при отсутствии эффекта консервативной терапии, развитии деструктивного панкреатита, признаках механической желтухи. За 2008-2018 гг. в отделении находилось 968 больных с острым панкреатитом. Из них 337 выполнялись лапароскопические вмешательства. Видеолапароскопические вмешательства при остром панкреатите подразумевают санацию и дренирование брюшной полости, сальниковой сумки, выполнение лапароскопической холецистэктомии или холецистостомии, дренирование забрюшинных затеков. У 59 пациентов с острым панкреатитом, прооперированных лапароскопически, в связи с развитием гнойно-некротических осложнений острого панкреатита выполнялись «открытые» хирургические вмешательства. Доля видеолапароскопии в диагностике и лечении пациентов с острой кишечной непроходимостью в отделении хирургии ГБСМП в 2008-2018 гг. составила 21,5% прооперированных непроходимостей. Показаниями к лапароскопии при данной нозологии являлись – клиника кишечной непроходимости при наличии или отсутствии рентгенологического подтверждения, ранняя послеоперационная спаечная непроходимость. Противопоказаниями к лапароскопии при острой кишечной непроходимости считаем множественные послеоперационные рубцы передней брюшной стенки, перитонит, некроз кишечника, абсцесс брюшной полости, тяжелая сопутствующая кардиальная патология. Удалось устранить кишечную непроходимость с использованием видеолапароскопии у 84 пациентов, из них странгуляция штрангом у 58 (69%) больных, ликвидировано злообразование - у 8 (9,5%), эндоскопический висцеролиз выполнен с разделением «двустволок» - у 18 (21,5%). В 20 случаях лапароскопического устранения острой кишечной непроходимости для введения первого троакара выполнялась минилапаротомия. Продолжительность операции варьировалась от 30 мин до 2,5 часов. Видеолапароскопическая техника ушивания перфоративных язв желудка и двенадцатиперстной кишки выполнена 89 пациентам из 431 больного с прободными язвами, находившимися на лечении с 2008 по 2018 гг. Лапароскопическое ушивание прободных язв выполнялось при локализации язвы в доступном для ушивании месте, давности прободения менее 12 часов без развития разлитого перитонита, размером перфорации двенадцатиперстной кишки до 0,5 см, размером перфорации желудка не более 1 см, при отсутствии иных осложнений язвенной болезни (рубцовой деформации, кровотечения, подозрения на малигнизацию).

Использование видеолапароскопических операций в диагностике и лечении пациентов в условиях больницы скорой медицинской помощи позволяет не только установить диагноз, устранить сопутствующий диагноз, но и снизить риск и частоту осложнений основного заболевания, уменьшить сроки пребывания пациентов в стационаре, ускорить сроки реабилитации больных.

49. Сравнительная оценка эффективности различных способов лечения больных гастродуоденальной язвой, осложненной перфорацией

Праздников Э.Н.^{1,2}, Зинатулин Д.Р.^{1,2}, Баранов Г.А.^{1,2}, Шевченко В.П.^{1,)}, Фархат Ф.А.¹, Налетов В.В.², Сизова А.Н.¹, Светашов В.С.^{1,2}, Лазука П. А.¹, Фетисов Д.Г.¹

Москва

¹ФГБОУ ВО «МГМСУ им. А.И. Евдокимова» МЗ РФ

²ГБУЗ «ГКБ им братьев Бахрушиных ДЗМ»

Язвенная болезнь (ЯБ) и ее осложнения являются наиболее частыми причинами желудочно-кишечного кровотечения, летальность которого, по некоторым данным, может достигать 5%. Перфорация гастродуоденальной язвы возникает у 5-15% больных ЯБ, у мужчин в 3 раза чаще, преимущественно наблюдается в весенний период. Современная тенденция развития хирургического доступа идет в направлении малоинвазивности и меньшей травматичности оперативного вмешательства. Неоднозначность выбора оперативного доступа при хирургическом лечении осложненной язвенной болезни определило цель нашего исследования: определить преимущества лапароскопического ушивания с иссечением язвенного дефекта при лечении перфоративных гастродуоденальных язв.

Цель – выявить преимущества метода лапароскопического ушивания перфоративных гастродуоденальных язв с иссечением язвенного дефекта и сравнить результаты с другими методами.

Материалы и методы. Проведен анализ лечения 204 больных с гастродуоденальными язвами, осложнившимися перфорацией, находящиеся на лечении в хирургическом отделении в ГКБ им братьев Бахрушиных в период с 2013 года по май 2018гг. Возраст пациентов варьировался от 17 до 77 лет. Средний возраст составил $42,4 \pm 13,3$ год, мужчин 164 (71,6%), женщин 40 (28,4%). По локализации язвенного дефекта больные распределились следующим образом: пилородуоденальные язвы 157 (76,9%) больных, язвы малой кривизны желудка 45 (22,2%) человек, язвы кардиального отдела 2 (0,9%) человека. Размер язвенного дефекта составил от 3 до 15 мм, средний – $6,2 \pm 2,8$ мм. Длительность заболевания на догоспитальном этапе от 2 до 24 часов, 82 % больных поступило в стационар в период до 6 часов от момента перфорации. Оперативное вмешательство проводилось по экстренным показаниям, под ЭТН. Больные были разделены на три клинические группы. В первой клинической группе хирургическим доступом при лечении перфоративных гастродуоденальных язв был использован лапароскопический метод ушивания язвенного дефекта, во второй клинической группе выполнялось иссечение краев язвенного дефекта лапароскопическим доступом, в третьей был использован лапаротомный доступ. В 20 (10%) случаях по интраоперационным данным потребовалась конверсия в лапаротомию.

Результаты и обсуждение. В результате проведенного лечения больных с перфоративными гастродуоденальными язвами при выполнении различных хирургических доступов нами были получены следующие результаты: Степень выраженности уровня эндогенной интоксикации пациентов оценивалось с помощью двух параметров: лейкоцитарного индекса интоксикации (ЛИИ) и концентрацией малонового диальдегида в крови. За первые 24 часа послеоперационного периода значение лейкоцитарного индекса интоксикации в среднем составил – $1,7 \pm n$, уровень малонового диальдегида – $1,4 \pm n$. Через 48 часов - ЛИИ составил в среднем – $1,2 \pm n$, уровень малонового диальдегида - $1,1 \pm n$. Средняя продолжительность миниинвазивного вмешательства в первой группе составила $77,2 \pm 20,6$ минут, во второй - $70,5 \pm 15,8$. Средняя продолжительность традиционной лапаротомии составила $89,3 \pm 27,6$ минут. Полученные данные говорят об отсутствии значимого влияния выбранного доступа на продолжительность операции. Средний объем кровопотери при лапароскопическом ушивании составил $43,6 \pm 34,7$ мл, при иссечении краев язвенного дефекта лапароскопическим методом кровопотеря составила $40,1 \pm 26,2$. Средний объем

кровопотери в группах пациентов с традиционной лапаротомией и конверсией составил $71,4 \pm 46,4$ мл. В группе пациентов, которым операция была выполнена миниинвазивным доступом в первой группе средний койко-день в стационаре составил $8,4 \pm 3,0$ дней, во второй группе средний койко-день составил $4,6 \pm 2,1$ дня. Средний койко-день в стационаре в группе больных с лапаротомией составил $11,4 \pm 6,4$. Исходя из показателей видно, что пациенты, перенесшие миниинвазивную операцию, выписываются из стационара быстрее в среднем на 3 дня (26,3%), что позволяет говорить о большей экономической целесообразности подобного доступа.

Заключение. Лапароскопический доступ при лечении гастродуоденальных язв, осложнившихся перфорацией, имеет ряд преимуществ над лапаротомным доступом прежде всего за счёт уменьшения числа послеоперационных осложнений и летальности. Обладает наименьшей травматизацией тканей, а также снижение уровня эндогенной интоксикации в послеоперационном периоде, что позволяет уменьшить сроки реабилитации и сроки восстановления трудоспособности больного.

50. Appendicitis in pregnancy – our 15 years experiences in retrospective view

Kodytkova A. et al.

Brno, Czech Republic, EU

Department of surgery faculty hospital and faculty of medicine Masaryk University

Appendicitis is the most common nonobstetric surgical disease during pregnancy. According the literature appendicitis during pregnancy is associated with an increased risk of morbidity and perforation compared with the general population. Furthermore, it may cause preterm birth and fetal loss. Quick surgical intervention is the treatment of choice in pregnant women with appendicitis.

Gynecological/obstetrical department of The University Hospital Brno is one of the biggest maternity hospital in Czech Republic with more than 6000 births per year. Thanks to our mutual cooperation we can evaluate the effect of appendectomy to pregnancy in most of our patients. We want to present our outcomes on the set of patients from the last 15 years.

НОВЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ХИРУРГИИ

1. Опыт высокотехнологической хирургической помощи пациентам с циррозом печени, осложненным портальной гипертензией

Сапронова Н.Г., Светова Э.В., Косовцев Е.В., Канцуров Р.Н.
Ростов-на-Дону

ФГБОУ ВО «Ростовский государственный медицинский университет» Минздрава
России, кафедра хирургических болезней №1

Актуальность и сложность медицинской помощи больным с синдромом портальной гипертензии (ПГ) общеизвестна. Особое внимание отводится лечению пациентов с внутripеченочной ПГ, так как функциональное состояние печени играет большую роль, как в тактике, так и в долгосрочном прогнозе течения заболевания.

Целью работы является обоснование, анализ современных возможностей и улучшение результатов лечения больных с циррозом печени, осложненных портальной гипертензией.

Материалы и методы. В хирургической клинике Ростовского государственного медицинского университета с 1997 года по настоящее время пролечено 341 пациент с портальной гипертензией. Группу нашего наблюдения составили 128 пациентов с внутripеченочной ПГ в возрасте от 14 до 83 лет (среднее $49,04 \pm 12,50$): 77 мужчин (60,2%) и 51 женщина (39,8%), которым с целью коррекции ПГ было выполнено трансъюгулярное внутripеченочное портосистемное шунтирование. Было выявлено, что основное заболевание (цирроз печени) развился у 76 больных на фоне перенесенного вирусного гепатита (59,4%) и у 52 больных гепатит отсутствовал в анамнезе. Прием алкоголя в анамнезе был зафиксирован у 56 пациентов (43,7%), из них у 21 - прием алкоголя в анамнезе сочетался с вирусным гепатитом, а у 35 - заболевание не было вирус-ассоциированным.

Из 128 больных внутripеченочной формой ПГ у 3 (1,9%) отмечена печеночно-клеточная недостаточность по Child-Turcotte-Pugh класса «А», у 67 (41,9%) - «В» класса, у 90 (56,2%) - «С» класса. Варикозное расширение вен пищевода разной степени было выявлено у всех 128 пациентов (100%). Эпизоды варикозного кровотечения были установлены у 73 больных (57,1%), причем у 31 больного кровотечение было установлено впервые (24,2%), у 22 – в анамнезе было дважды (17,2%), у 13 – трижды (10,2%), у 6 - четырежды (4,7%) и лишь у одного пациента было 6 эпизодов варикозного кровотечения (0,8%). У 93 пациентов (72,6%) с циррозом печени тяжесть состояния усугублялась наличием асцита.

Всем пациентам проводилось комплексное обследование, включающее в себя общеклинические, лабораторные и инструментальные методы с обязательным выполнением ультразвукового исследования органов брюшной полости, воротной и селезеночной вен, эзофагофиброгастроскопии (ФГДС) и эзофаговидеогастродуоденоскопии (ЭВГДС), при необходимости выполнялась гепатосцинтиграфия и мультиспиральная компьютерная томография брюшной полости с болюсным контрастированием, а также пункционную биопсию печени.

После предоперационной подготовки всем 128 больным было выполнено трансъюгулярное внутripеченочное портосистемное шунтирование (ТВПШ) на ангиографическом комплексе с С-дугой Siemens Arcadis Avantic (Германия).

Результаты. В группе пациентов, которым было выполнено ТВПШ, несмотря на имеющуюся степень печеночно-клеточной недостаточности, у 56,2% больных это был «С» класс, только в одном наблюдении произошло осложнение в виде летального исхода. На этапе дилатации внутripеченочного баллона произошел разрыв внепеченочной порции воротной вены из-за анатомической особенности её ветвления – не внутripеченочно, а на уровне печеночно-двенадцатиперстной связки. Несмотря на предпринятые меры по

остановке внутрибрюшного кровотечения (ушивание поврежденного участка вены) пациент скончался через несколько часов после операции.

Другие осложнения, случившиеся во время операции ТВПШ, не носили летального характера. У 3 пациентов сформировались внутripеченочные гематомы, не требующие оперативного вмешательства, выявленные при сонографии в раннем послеоперационном периоде. У одного пациента во время выполнения пункции яремной вены возникло повреждение париетальной плевры с формированием пневмоторакса, который был диагностирован после выполнения манипуляции и ликвидирован установкой плеврального дренажа. Повреждение желчного протока 2 порядка было выявлено при контрольном введении контрастного вещества во время пункции печеночной вены в направлении воротной вены через паренхиму печени и не требовало никакой коррекции. Тромбоэмболия мелких ветвей легочной артерии в одном случае была обусловлена тромбоцитопатией, что потребовало назначения коррегирующей терапии, и закончилась выздоровлением пациентки. Скопление жидкости в плевральной полости не носило прямой связи с выполненным оперативным вмешательством, а объяснялось основным заболеванием (циррозом печени), но требовало выполнения плевральной пункции в послеоперационном периоде. Дисфункция портосистемного шунта в виде тромбозов проявлялась в виде кровотечения из варикозно-расширенных вен пищевода и кардиального отдела желудка и подтверждалась данными сонографического исследования. Эти же пациенты страдали постгеморрагической анемией в послеоперационном периоде, требующей медикаментозной коррекции. Ожидаемое усугубление энцефалопатии было выявлено у 14 больных и диктовало проведение комплекса мероприятий: диеты, препаратов лактулозы, малоабсорбируемых в кишечнике антибиотиков. Только у 2 пациентов энцефалопатия соответствовала III-IV стадиям и сопровождалась нарушением сознания, требовала более интенсивной инфузионной терапии. Ни одному из больных после выполнения ТВПШ и явлениями энцефалопатии не потребовалась редукция шунта.

Летальность после операции ТВПШ составила 2,34% (3 наблюдения). Один из пациентов погиб в первые часы после операции и его случай приведен ранее, двое других пациентов с хронической печеночно-клеточной недостаточностью «С» класса умерли от явлений печеночно-почечной недостаточности, усугубленной выполненным вмешательством.

Таким образом, современным, малоинвазивным, высокоэффективным методом лечения пациентов с внутripеченочной портальной гипертензией является трансъюгулярное внутripеченочное портосистемное шунтирование. Данная операция является оптимальной для тяжелой категории больных циррозом печени с признаками печеночно-клеточной недостаточности класса «С», показана пациентам на высоте варикозного кровотечения, может сочетаться с эмболизацией левой желудочной вены, не усложняя процедуру шунтирования.

2. Многоэтапное хирургическое лечение первично-множественного абдоминального эхинококкоза

Вафин А.З., Айдемиров А.Н., Маланка М.И., Мнацаканян Э.Г., Погосян Г.А.,
Машурова Е.В.

Ставрополь

ФГБОУ ВО Ставропольский государственный медицинский университет Минздрава
России

Множественный эхинококкоз брюшной полости, ее органов и его хирургическое лечение представляют нерешенную проблему из-за отсутствия у большинства хирургов достаточного опыта лечения такой патологии, чрезвычайно высокой частоты послеоперационных осложнений и летальности.

Цель исследования. Изучение особенностей хирургического лечения первично-множественного абдоминального эхинококкоза, разработка рациональной лечебной тактики и оптимальных методов его хирургического лечения.

Материал и методы. Анализированы результаты хирургического лечения 841 больного эхинококкозом различных локализаций, в том числе 118 (14%) больных с множественной абдоминальной локализацией кист. Первично-множественным считали эхинококкоз, выявленный до или во время первой операции, а вторично-множественными – кисты, выявленные после первой операции или во время повторных вмешательств. К первично-множественным были отнесены кисты у 67 (8,0%) больных, вторично-множественным – у 51 (6,0%) больного.

Результаты и обсуждение. Множественный характер поражения брюшной полости и других органов диагностирован до операции у 28 из 67 больных, у 7 из них в связи с невозможностью одномоментного радикального удаления всех кист из одного операционного доступа была определена тактика многоэтапного хирургического лечения. Основным видом операционного доступа были различные варианты лапаротомии (91%), избиравшиеся в зависимости от локализации, числа кист и наличия осложнений. В ходе операции уточнялись клиническая форма заболевания и характер осложнений: у 47 (70,1%) больных эхинококкоз был неосложненным, а у 20 (29,9%) установлены осложнения – перфорация кист в брюшную полость (1) с перитонитом, в желудок (1), нагноение (7) и кальциноз (11) кист. Чаще выявлялись средние и большие кисты, паразит был живым у 26,8% и мертвым в стадии поздних посмертных изменений – у 43,3% больных. У 36 (53,8%) больных в брюшной полости обнаружено 10 кист и более. Диссеминированный паразитарный процесс в брюшной полости обнаружен у 6 (8,9%), генерализованный эхинококкоз имел место у 2 (3%) больных. У 44 (65,6%) из 67 оперированных имелось множественное поражение париетальной и висцеральной брюшины, кишечника, желудка, большого сальника, а у 19 (28,4%), кроме того, обнаружены кисты в печени, из них у 4 – еще в селезенке. У 3 больных одновременно имелись кисты в селезенке и у 1-го – множественный эхинококкоз легких. Закрытая эхинококкэктомия произведена у 11 (16,4%) больных, открытая – у 41 (61,2%) и эти методы применялись в сочетании у 15 (22,4%). При открытой эхинококкэктомии (56) для ликвидации остаточных полостей или ложа удаленных кист чаще применялись наружное дренирование (44) и капитонаж (8). Из 42 больных, оперированных однократно радикально, в сроки от 1 до 10 лет и позже после первой операции у 37 выявлены рецидивы заболевания. У 16 больных во время первой операции выяснилась невозможность одномоментного радикального удаления всех кист из брюшной полости и ее органов, поэтому у них вынужденно пришлось использовать многоэтапный метод хирургического лечения как резидуального эхинококкоза. Таким образом, у 23 больных применялся метод многоэтапного хирургического лечения оставленных во время первой операции кист как резидуальных. Этапные операции проводились с интервалом 3-4 месяца, всего произведено 72 операции: в 2 этапа – в 6 случаях, в 3 этапа – в 10, в 4 этапа – в 15, в 5 этапов – в 4, в 6 этапов – в 15 и больше – в 22. Этапное лечение у 25% оперированных завершено в течение 1 года после первой операции, 2-х лет – у 45,8%, 3-х лет – у 25 % и позже – у 4,2% оперированных. При этапных операциях закрытая эхинококкэктомия оказалась возможной всего в 4 (5,6%) случаях, открытая – произведена в 65 (91,6%) случаях и сочетанная – в 2 (2,8%). При открытой эхинококкэктомии для ликвидации остаточных полостей, ложа кист в 27 (39,7%) случаях использовалось их наружное дренирование, в 20 (29,5%) – перицистэктомия, в 12 (17,6%) – капитонаж и т.д. В послеоперационном периоде назначалась химиотерапия.

Заключение. Первые операции при первично-множественном абдоминальном эхинококкозе нередко имели минимальный характер с целью устранения осложнений эхинококкоза. Послеоперационные осложнения были у 19,4% оперированных однократно, чаще они локализовались в брюшной полости и стали причиной смерти 2 (3%) оперированных. Тактика этапного лечения множественного абдоминального эхинококкоза как резидуального сформировалась в процессе поиска путей улучшения

результатов хирургического лечения. Этапные операции с интервалом в 3-4 месяца позволили у 70% оперированных добиться выздоровления в течение 1-2 лет, однако послеоперационные осложнения (на 72 операции у 23 больных) – возросли до 26,4%, умерли 3 (13%) оперированных.

3. Эндоскопическое стентирование различных отделов желудочно-кишечного тракта в качестве паллиативной помощи пациентам со стенозирующими опухолями

Секундова М.А., Самсомян Э.Х., Курганов И.А., Богданов Д.Ю., Емельянов С.И.
Москва

ФГБОУ ВО МГМСУ им. А.И. Евдокимова Минздрава России, кафедра
эндоскопической хирургии ФДПО

Актуальность проблемы. По данным статистических исследований, проведенных в 2015 г. в России, радикальное хирургическое лечение с момента выявления онкологических заболеваний выполняется у 23,8% пациентов с опухолями пищевода, у 36,1% - с раком желудка, у 55,1% - с опухолями ободочной кишки и у 52,7% - с опухолями прямой кишки. При этом на момент постановки диагноза свыше 50% больных уже имеют прорастание опухоли в соседние органы либо отдаленные метастазы. У значительной части таких пациентов сегодня выполняются малоинвазивные хирургические вмешательства с целью оказания паллиативной помощи. По рекомендациям ESGE, для возобновления энтерального питания, предотвращения симптомов дисфагии при опухолях верхних отделов желудочно-кишечного тракта (ЖКТ), а также разрешения симптомов острой толстокишечной непроходимости без признаков перитонита и перфорации при опухолях ободочной кишки показано выполнение внутрипросветного эндоскопического стентирования (ЭС).

Цель работы. Изучить результаты выполнения ЭС различных отделов ЖКТ, применяемого в качестве паллиативной помощи у пациентов со стенозирующими злокачественными новообразованиями, в том числе непосредственные и отдаленные результаты, частоту возникновения осложнений.

Материалы и методы. Нами было выполнено внутрипросветное ЭС различных отделов ЖКТ у 259 пациентов со стенозирующими злокачественными опухолями в качестве паллиативной помощи. 118 пациентам (45,6%) было проведено ЭС пищевода с целью разрешения симптомов дисфагии III-IV степени (34 ЭС верхней трети, 48 – средней трети, 24 – нижней трети и кардиоэзофагеального перехода, а также 12 ЭС эзофаго-энтероанастомоза после гастрэктомии). 78 пациентам (30,1%) было выполнено ЭС тела, выходного отдела желудка и 12-перстной кишки (4 ЭС средней трети тела желудка, 74 – выходного отдела желудка и 12-перстной кишки). 63 пациентам (24,3%) с клинической картиной толстокишечной непроходимости без признаков перитонита и перфорации проводилось ЭС по поводу стенозирующих опухолей ободочной кишки (39 пациентам – ЭС ректосигмоидного отдела; 21 – ЭС сигмовидной кишки; 3 – ЭС печеночного изгиба ободочной кишки). Для ЭС пищевода использовались металлические частично покрытые саморасширяющиеся стенты типа Ultraflex (Boston Scientific), с проксимальным раскрытием стента (97 случаев; 82,2%) и дистальным раскрытием (21 случай; 17,8%). Под рентгеноскопическим контролем проведено 109 ЭС пищевода, а 9 ЭС – только эндоскопическим способом. При ЭС тела или выходного отдела желудка применяли металлические непокрытые саморасширяющиеся стенты типа Wallflex Duodenal (Boston Scientific). 73 ЭС было проведено эндоскопически под рентгеноскопическим контролем, а 5 – только под эндоскопическим контролем. При колоректальном ЭС использовались металлические непокрытые саморасширяющиеся стенты типа Wallflex Colonic (Boston Scientific). 61 ЭС было выполнено эндоскопически под рентгеноскопическим контролем, а 2 – только эндоскопическим способом.

Результаты и обсуждение. После выполнения ЭС пищевода загрудинные боли в раннем послеоперационном периоде отмечены у 107 пациентов (90,7%). Хронический болевой синдром зафиксирован у 11 пациентов (9,3%). У 3 пациентов (2,5%) на 2-е сутки после ЭС нижней трети пищевода была выявлена миграция стента, который был извлечен из желудка эндоскопическим способом и клипсами зафиксирован к слизистой пищевода выше проксимального края опухоли на 2 см. У 34 пациентов (28,8%) в течение 6 месяцев наблюдения в послеоперационном периоде были зафиксированы рецидивы дисфагии на фоне продолженного роста опухоли. В связи с этим, проводилось повторное ЭС по типу «стент в стент». Шестимесячная выживаемость после ЭС пищевода составила 75,4%. Болевой синдром в раннем послеоперационном периоде после ЭС тела, выходного отдела желудка и 12-перстной кишки наблюдался у 18 пациентов (23,1%), в то время как хронический болевой синдром был отмечен у 4 больных (5,1%). Рецидив вследствие обструкции стента опухолью через 6 месяцев наблюдения в послеоперационном периоде был зафиксирован у 16 пациентов (20,5%). Шестимесячная выживаемость пациентов после ЭС тела, выходного отдела желудка и 12-перстной кишки составила 80,7%. Декомпрессия толстой кишки после ЭС была успешно достигнута в 100% случаев. В раннем послеоперационном периоде у 28 пациентов (44,4%) был отмечен болевой синдром и у 4 пациентов (6,3%) наступила хронизация болевого синдрома. Через 6 месяцев после операции рецидив обструкции наблюдался у 4 пациентов (6,3%), которым было выполнено повторное ЭС по типу «стент в стент». Кровотечений и перфораций зафиксировано не было ни в одном из случаев при выполнении колоректального ЭС. Шестимесячная выживаемость пациентов после колоректального ЭС составила 65,1%.

Выводы. Внутривидное ЭС у пациентов со стенозирующими злокачественными опухолями различных отделов ЖКТ при оказании паллиативной помощи является эффективным малоинвазивным хирургическим вмешательством, позволяющим безопасно разрешить симптомы дисфагии и толстокишечной непроходимости.

4. Первые собственные результаты применения «безгазового» аксиллярного эндоскопического доступа в хирургическом лечении пациентов с заболеваниями щитовидной и околощитовидных желез

Мамиствалов М.Ш., Емельянов С.И., Курганов И.А., Богданов Д.Ю., Лукьянченко Д.В., Агафонов О.А.
Москва

ФГБОУ ВО МГМСУ им. А.И. Евдокимова Минздрава России, кафедра эндоскопической хирургии ФДПО

Актуальность проблемы. На сегодняшний день доля пациентов, у которых по поводу заболеваний щитовидной и околощитовидных желез выполняются операции, включающие применение эндохирургических технологий, невелика. При этом несколько более распространенной методикой следует признать минимально инвазивное видео-ассистированное вмешательство, а эндоскопические операции посредством экстрацервикальных доступов осуществляются значительно реже. Хотя именно экстрацервикальные доступы, как вариант применения эндохирургических технологий, обеспечивают возможность полностью избежать рубца на передней поверхности шеи и в наибольшей степени позволяют реализовать основные принципы эндоскопической хирургии при проведении операций на эндокринных органах шеи. В нашем опыте была применена такая разновидность экстрацервикального доступа для тиреоидэктомии и паратиреоидэктомии, как «безгазовый» аксиллярный эндоскопический доступ, первые результаты внедрения которого были и проанализированы.

Цель работы. Изучить первые результаты применения «безгазового» аксиллярного эндоскопического доступа в хирургическом лечении пациентов с заболеваниями щитовидной и околощитовидных желез.

Материалы и методы. Проанализированы результаты выполнения операций на щитовидной и околощитовидных железах посредством «безгазового» аксиллярного эндоскопического доступа у 17 пациентов - 3 мужчин (17,6%) и 14 женщин (82,4%). У 8 пациентов (47,1%) операция была проведена по поводу узлового (многоузлового) коллоидного зоба, при больших размерах узла (узлов) и увеличении размеров зоба по данным динамического наблюдения; у 3 пациентов (17,6%) – по поводу аденомы щитовидной железы; у 6 пациентов (35,3%) – по поводу первичного гиперпаратиреоза при одиночной аденоме околощитовидной железы. Во всех случаях при заболеваниях щитовидной железы было отмечено эутиреоидное состояние; при гиперпаратиреозе средний уровень общего кальция в крови пациентов до операции составил $2,88 \pm 0,31$ ммоль/л; паратиреоидного гормона – $327,3 \pm 162,4$ нг/л. Средний размер узла щитовидной железы по данным предоперационной диагностики был равен $4,3 \pm 1,2$ см (максимально - до 5,7 см). При заболеваниях щитовидной железы во всех случаях была выполнена гемитиреоидэктомия, а при первичном гиперпаратиреозе – односторонняя ревизия зон типичного расположения околощитовидных желез с последующим удалением железы, содержащей аденому. Всего было выполнено 9 операций (52,9%) слева и 8 операции (47,1%) справа. Выбранные объемы оперативных вмешательств соответствовали показаниям к объему операции у пациентов, а также представляли собой техническое ограничение выбранного вида доступа. Следует отметить, что у всех пациентов с первичным гиперпаратиреозом были получены совпадающие данные различных методов предоперационной топической диагностики, позволившие достоверно определить сторону расположения аденомы околощитовидной железы.

Результаты и обсуждение. Среднее время выполненных операций составило $173,4 \pm 62,7$ минут при гемитиреоидэктомии и $145,3 \pm 77,8$ минут – при паратиреоидэктомии. В 1 случае (5,9%) было зафиксировано интраоперационное осложнение в виде перфорации кожных покровов в области ключицы на стороне операции, на этапе создания оперативного доступа. В 7 случаях (41,2%) у пациентов в ближайшем послеоперационном периоде были отмечены явления плексита плечевого сплетения на стороне выполнения операции, которые проявлялись жалобами на парестезии и частичную потерю кожной чувствительности в дистальных отделах верхней конечности. Явления плексита во всех случаях полностью разрешились в течение первых суток после операции, самостоятельно или при медикаментозной поддержке. Развитие плекситов может быть объяснено длительным вынужденным положением верхней конечности на стороне выполнения операции. Мы ожидаем значительного сокращения частоты развития плекситов по мере накопления практического опыта и сокращения длительности операций. Таких специфических осложнений, как парез гортани, послеоперационная гипокальциемия, серома в области оперативного доступа зафиксировано не было. Средний срок дренирования послеоперационной раны был равен $3,4 \pm 0,7$ суток. Среднее количество отделяемого по дренажу, установленному через контрапертуру в подмышечной области, составило $187,8 \pm 79,4$ мл. Средний срок госпитализации был равен $6,6 \pm 1,5$ суток. За время динамического послеоперационного наблюдения данных за развитие рецидивов заболеваний у всех оперированных больных получено не было.

Выводы. Применение «безгазового» аксиллярного эндоскопического доступа в хирургическом лечении пациентов с заболеваниями щитовидной и околощитовидных желез обеспечивает техническую возможность безопасного и эффективного выполнения оперативных вмешательств в объеме гемитиреоидэктомии или односторонней ревизии типичных зон расположения околощитовидных желез с последующей паратиреоидэктомией. Кроме того, при дальнейшем накоплении практического опыта следует ожидать сокращения времени выполнения операций и снижения общей частоты осложнений.

5. Возможности видеоторакоскопической тимэктомии у пациентов, страдающих миастенией

Курганов И.А.¹, Панченков Д.Н.², Емельянов С.И.¹, Богданов Д.Ю.¹, Иванов Ю.В.³,
Хабаров Ю.А.³, Уразовский Н.Ю.³

Москва

¹ФГБОУ ВО МГМСУ им. А.И. Евдокимова Минздрава России, кафедра
эндоскопической хирургии ФДПО

²ФГБОУ ВО МГМСУ им. А.И. Евдокимова Минздрава России, лаборатория
минимально инвазивной хирургии НИМСИ

³ФГБУ ФНКЦ ФМБА России

Актуальность проблемы. Миастения представляет собой одно из наиболее распространенных аутоиммунных заболеваний нервно-мышечной передачи, которое проявляется прогрессивной мышечной слабостью и патологической мышечной утомляемостью. По данным литературы миастения встречается у 1 из 1500-5000 жителей, в то же время макроскопические изменения вилочковой железы выявляются у 75-80% пациентов, а функциональные нарушения имеют место практически у 100% больных. Хирургическое лечение в виде тимэктомии представляет собой патогенетически обоснованный способ лечения миастении и приводит к значительному уменьшению выраженности симптомов заболевания. Применение эндохирургических технологий, в частности при выполнении видеоторакоскопической тимэктомии (ВТСТ), позволяет значительно уменьшить степень травматичности оперативного вмешательства при удалении вилочковой железы. Однако изучение непосредственных и отдаленных результатов, а также определение безопасных технических приемов при проведении ВТСТ у пациентов с миастенией продолжает оставаться актуальным вопросом современной хирургии.

Цель работы. Изучить ранние и отдаленные результаты выполнения ВТСТ у пациентов, страдающих миастенией. Сравнить результаты ВТСТ и операций, выполненных посредством традиционного стернотомного доступа (СТТ).

Материалы и методы. Наш опыт хирургического лечения пациентов с миастенией составляет 49 операций. Все оперированные пациенты были разделены на 2 группы в зависимости от примененного хирургического подхода: 19 больных (38,8%) составили исследуемую группу, в которой вмешательства были осуществлены по методике ВТСТ; 30 пациентов (61,2%) составили контрольную группу, где были проведены операции по методике СТТ. В 9 случаях (47,4%) в исследуемой группе и в 13 случаях (43,3%) в контрольной группе по данным предоперационного обследования были выявлены новообразования вилочковой железы. Все новообразования соответствовали I степени инвазии по классификации Masaoka и не превышали в наибольшем измерении 4,0 см. В группе, где были выполнены операции по методике ВТСТ, IА степень тяжести клинического течения миастении по классификации MGFA была выявлена у 4 пациентов (21,1%), IВ степень – у 5 пациентов (26,3%), IIIА степень – у 5 пациентов (26,3%), IIIВ степень – у 3 больных (15,8%), IVА степень – у 1 пациента (5,3%), IVВ степень – у 1 больного (5,3%). В группе, где были проведены операции по типу СТТ, IА степень была выявлена у 5 пациентов (16,7%), IВ степень – у 8 больных (26,7%), IIIА степень – у 7 пациентов (23,3%), IIIВ степень – у 5 больных (16,7%), IVА степень – у 3 пациентов (10,0%), IVВ степень – 2 пациента (6,7%). В анамнезе у 2 пациентов (10,5%) исследуемой и 4 пациентов (13,3%) контрольной группы имелись указания на предшествующее наличие миастенических кризов.

Результаты и обсуждение. Среднее время операций составило 116,2±39,7 мин. в исследуемой группе и 124,9±48,8 мин. - в контрольной (p>0,05). Уровень кровопотери в среднем был равен 93,4±75,1 мл и 160,3±132,8 мл соответственно, что представляло собой статистически значимые различия (p<0,05). В группе ВТСТ осложнения были зафиксированы в 2 случаях (10,5%), а в группе СТТ – в 5 случаях (16,7%) (p>0,05). Потребность в парентеральном обезболивании в исследуемой группе наблюдалась в среднем в течение 2,2±0,7 суток, а в контрольной - в течение 3,1±1,0 суток (p<0,05).

Продолжительность госпитализации пациентов составила $8,5 \pm 3,5$ суток и $11,8 \pm 5,0$ суток соответственно ($p < 0,05$). Такие показатели, как длительность пребывания в реанимационном отделении, продолжительность стояния дренажа и объем отделяемого по дренажу не продемонстрировали статистически значимой разницы между сравниваемыми группами. По данным динамического наблюдения в группе, где проводилась ВТСТ, полная ремиссия миастении после операции на фоне отсутствия необходимости в проведении поддерживающей медикаментозной терапии была достигнута в 21,1% случаев, в группе СТГ – в 16,7% случаев ($p > 0,05$). Асимптоматическое течение миастении при снижении дозировки медикаментозной поддержки было отмечено в 42,1% случаев и 36,7% случаев соответственно ($p > 0,05$). Клиническое улучшение при сохранении уровня медикаментозной поддержки наблюдалось у 31,6% и 40,0% больных ($p > 0,05$). Отсутствие клинических изменений в течении миастении было зафиксировано у 5,3% и 6,7% пациентов ($p > 0,05$). Случаев ухудшения течения заболевания после оперативного вмешательства не было отмечено ни в одном из наблюдений ни в одной из групп. Случаев летальных исходов периоперационно и при динамическом наблюдении, а также случаев рецидивов новообразований вилочковой железы не было отмечено ни в одной из групп сравнения.

Выводы. ВТСТ представляет собой выполнимое и эффективное оперативное вмешательство у пациентов, страдающих миастенией. Данное вмешательство характеризуется низким уровнем осложнений и позволяет улучшить ряд периоперационных показателей по сравнению с операциями, осуществляемыми по методике СТГ.

6. Собственные результаты впервые выполненного в городе Ростове-на-Дону миниинвазивного органосохраняющего удаления ВАБ-резекцией доброкачественных образований молочной железы под контролем ультразвука

Абоян И.А., Громовенко Е.Ю., Усенко Е.Е., Лемешко С.И., Родзянко М.Н.
Ростов-на-Дону

Муниципальное бюджетное учреждение здравоохранения, клинико-диагностический
Центр «Здоровье»

Актуальность. Стремительный рост интереса к доброкачественным непальпируемым образованиям молочных желез (МЖ) (выявляемым в 65-70%) связан с дифференциальной диагностикой непальпируемого рака МЖ (РМЖ, занимающего I место несколько десятилетий среди онкологических заболеваний у женщин). Новейшие цифровые методики ультрапараметрического УЗИ и рентген-лучевой диагностики последние годы в разы повышают выявляемость непальпируемых очаговых (большинство менее 1,0см) образований МЖ, требуя определенной тактики врача. Существующие стандарты не дают однозначного ответа, связи с размерами и количеством выявленных образований, периодом подготовки женщины к беременности, ЭКО, или приему заместительной гормональной терапии (ЗГТ). Выполняемые пункции (ТАБ), трепан-биопсии и секторальные резекции МЖ не всегда тактически оправданны. В Европе более 10 лет выполняются миниинвазивные высокотехнологичные методики хирургического удаления небольших образований МЖ, с одновременными диагностическими и лечебными конечными результатами, последние годы-с помощью интеллектуальной системы ENCOR ENSPIRE методом вакуумной аспирационной биопсии (ВАБ) - резекции. В России ВАБ ENCOR ENSPIRE выполняется в течение нескольких последних лет, в нескольких клиниках страны, и относится к «новейшим миниинвазивным методикам в онкологии».

Цель работы. Оценить ближайшие, отдаленные результаты, преимущество ВАБ-резекции в удалении одиночных и множественных непальпируемых доброкачественных образований МЖ у женщин разных возрастных групп, с разным типом строения МЖ.

Материалы и методы. В августе 2018г. амбулаторно прооперированы 6 пациенток, 19 лет (16,7%), 30-48 лет (66,6%) и 59 лет (16,7%). Все образования непальпируемые доброкачественные, с ровными четкими контурами, аваскулярные, имелись на маммограммах (ММГ) или МРТ МЖ: 0,87x0,70см, 1,56x0,64см; 1,4x0,6см и 0,56x0,38см на фоне липоидной гипермастии. Пациентка с гипомастией и образованием 1,8x0,9см, перенесла две секторальные резекции контрлатеральной молочной железы по поводу фиброаденом (ФАД). Другая пациентка с явлениями гипомастии и аденоза, с очагами 0,93x0,63см, 0,83x0,93см в правой МЖ, на МРТ-гиперинтенсивными, накапливающими контрастный препарат (не исключены аденомы), также перенесла секторальную резекцию левой МЖ (ФАД). 5 пациенткам на фоне ЗГТ ранее выполнены ТАБ или core-биопсии: у 4-ФАД, у 1-непролиферативная форма фиброзно-кистозной болезни (ФКБ). Под контролем УЗИ, в режиме реального времени, под местной инфильтрационной анестезией растворами Ропивакаина, Адреналина и Натрия Хлорида в заданных соотношениях, удалены образования в пределах здоровых тканей методом ВАБ-резекции биопсийно-режущими зондами ENCOR 10G, 7G, на аппарате EnCor Enspire S.R.BARD, с наложением асептических, тугих давящих повязок. Среднее время выполненной операции составило 34,8мин «-+»10,2мин, большее - в случае с двумя очагами в одной МЖ.

Результаты и обсуждение. Пациентки наблюдались через 1,3 дня в течение недели, через 2,4,6,8 недель, 3,4,6 месяцев. Асептические повязки сняты на следующий день, отмечена полная эпителизация точечных «ворот» введения зондов, их «исчезновение» на коже через 2-4 недели. Давящие повязки сняты на следующий день, заменены тугими топами на 5-7 дней, на 10 дней у 2 пациенток с гипермастией. Все пациентки не испытывали дискомфорта и боли на следующий день осмотра. Клинических признаков гематом не было у 5 пациенток (83,3%) с первого же послеоперационного дня осмотра, у 1 из них (16,7%), с двумя очагами в железе на фоне аденоза, в проекции «ворот» введения зонда в первые дни и ближайшие 3-4 недели имелась слабо выраженная подкожная гематома, и ненапряженное инфильтративное уплотнение мягких тканей около 3,0 см. Каждый осмотр всех пациенток сопровождался УЗИ. В проекции резецированных образований, в мягких тканях имелись ненапряженные гематомы, от 0,9x1,3см до 1,5x1,3см в первый месяц, с их полным редуцированием к 4-6 неделям. В случае с двумя образованиями на фоне гипомастии и аденоза, на УЗИ в течение 6-7 недель наблюдалась внутритканевая гематома от 1,8см до 0,8см, связи с удалением двух очагов из одного доступа. К концу 8 недели следов гематомы нет. Через 6 и 8 недель, в проекции удаления, в тканях определялись гетерогенные, практически изоэхогенные окружающей паренхиме, аваскулярные зоны, неправильной формы, до 0,56x0,68см, местами с «тяжистостью» в зоне резекции, что было расценено «рубцовыми изменениями» ткани. Через 3 и 4 месяца в 2 случаях данные зоны были крайне нечеткими, до 0,3x0,49см. Через полгода в послеоперационном периоде у 100% пациенток УЗИ и контрольная ММГ подтверждали полное отсутствие ранее описываемых образований или иных инфильтративных изменений. Гистологически получены: периканаликулярные ФАД в 5 случаях (83,3%) на фоне непролиферативной ФКБ у 3 пациенток (50%), на фоне инволютивных процессов у 2 пациенток (33,3%). В 1 случае (16,7%) с двумя образованиями в железе-непролиферативная ФКБ, очаговый мастит. Иммуногистохимическое определение Ki-67 показало низкую пролиферативную активность в 100% у 6 пациенток (экспрессия ядер <1-2 %).

Выводы. Высокая степень сохранности эстетичности молочной железы в раннем и отдаленном периодах после ВАБ-резекции, выполненной в рамках «хирургии одного дня» под местным обезболиванием, с возможностью одновременного удаления более одного образования МЖ из одного доступа, отсутствие деформирующих рубцов, приводящих зачастую к длительному послеоперационному периоду депрессии и заставляющих обращаться за помощью к пластическим хирургам, определенно позволяют методу ВАБ-резекции занять первостепенное место в хирургическом

удалении доброкачественных непальпируемых образований МЖ, сохраняя высокую жизненную активность женщины, ее физическое и психологическое здоровье.

7. Оптимизация результатов лечения больных с распространенными формами перитонита путем внедрения резонансной стимуляции перистальтической активности в схемы послеоперационного ведения пациентов

Фомин В.С.^{1,2}, Луценко В.Д.²

Москва

¹ФГБОУ ВО МГМСУ им. А.И. Евдокимова

²ГБУЗ ГКБ им. В.В. Вересаева ДЗМ,

Цель. Улучшение результатов лечения пациентов с распространенными формами вторичного перитонита внедрением резонансной электростимуляции (РЭС) в схему комплексной коррекции моторно-эвакуаторных нарушений в послеоперационном периоде.

Материалы и методы. Анализированы исходы лечения 125 пациентов с распространенными формами вторичного перитонита за период 2015-2018 гг. Все пациенты удовлетворяли критериям включения (возраст до 60 лет, распространенный перитонит, лапаротомия, мангеймский индекс перитонита ≤ 21) и исключения (письменный отказ от исследования или измерения внутрибрюшного давления трансвезикально, санационные ре-лапаротомии «по программе», 2-3 степени мангеймского индекса). Гендерное распределение с преобладанием мужского пола (2,7:1), средний возраст - $35,5 \pm 2,02$ лет. Операции выполнялись строго согласно нормативной документации. Были сформированы 2-е группы исследования на основании слепого распределения: группа 1 (n-67; ведение послеоперационного периода с применением РЭС в комплексном лечении) и группа 2 (n-58; послеоперационное ведение больных строго согласно нормативной документации). Группы были полностью репрезентативны по полу, возрасту, объему операции, а также исходной тяжести состояния по АРАСНЕ II ($p \geq 0,05$). Преоперационно и в послеоперационном периоде на 1-е, 3-и, 5-е и 7-е сутки производилась манометрия внутрибрюшного давления (ВБД) трансвезикально по общепризнанной методике. Всем пациентам выполнялся мониторинг перистальтической активности на «селективном полиграфе ЖКТ» (СПЖКТ) на 1е, 3и, 5е и 7е, в 1 группе выполнялась последующая РЭС (патенты РФ 2648819 и 2655788).

Результаты. В послеоперационном периоде исходная перистальтическая активность имела низкие значения осцилляций согласно данным СПЖКТ. На фоне РЭС в группе 1 отмечался более быстрый период восстановления моторно-эвакуаторной функции кишечника, прирост осцилляций во всех отделах, что качественно и количественно отличалось от тождественных параметров группы 2 ($p \leq 0,05$). К 5 суткам лечения полное восстановление моторно-эвакуаторной функции пищеварительного тракта отмечено: в группе 1 у 63 (96,9%), в группе 2 - у 48 пациентов (82,7%; $p \leq 0,05$). Анализируя полученные данные ВБД, отмечена достоверная диссоциация сравниваемых показателей в пользу группы 1: на 3-и, 5-е и 7-е сутки лечения ($p \leq 0,05$). Анализ послеоперационных осложнений по шкале Clavien-Dindo по «малым осложнениям» выявил достоверность различий в случае с раневыми воспалительно-нагноительными осложнениями и послеоперационными моторно-эвакуаторными дисфункциями (преобладали в группе 2; $p \leq 0,05$). Анализ «больших» осложнений выявил суммарно у 10 пациентов (17,2%) необходимость выполнения ре-операций в группе 2 ($p \leq 0,05$): 6 случаев перфораций острых язв тонкой кишки, 4 случая динамического илеуса, резистентного к проводимой терапии. В группе 1 ре-лапаротомия выполнена однократно. Согласно тяжести осложнений группы были подвергнуты математическому моделированию, что позволило рассчитать индекс ятрогенности (Ii), а значит в числовом варианте сравнить эффективности лечебного арсенала в послеоперационном периоде. Ii группы 1 составил

0,67, в то время как в группе 2 данный расчетный показатель практически в 4 раза выше (2,62). Длительность стационарного лечения в группе 2 была достоверно выше ($10,3 \pm 0,8$ сут.), чем в группе 1 ($7,4 \pm 0,7$ сут.; $p \leq 0,05$).

Заключение. На основании полученных данных установлено, что внедрение РЭС в раннем послеоперационном периоде способствует ускорению восстановления перистальтики кишечника, нормализации физиологического пассажа химуса, снижению ВБД и, за счет разрыва *circulus vitiosus*, минимизации риска моно- и полиорганной недостаточности. Убедительно доказано влияние высоких значений внутрибрюшного давления на развитие висцерального отека, нарушение барьерной функции кишечника с риском перфораций, что было минимизировано за счет применения РЭС у пациентов основной группы. Считаем обоснованным включение РЭС в схемы послеоперационной курации пациентов с распространенными формами перитонита с целью оптимизации результатов лечения и снижения процента осложнений и летальности.

8. Синдром шейно-медиастинальной компрессии при патологии щитовидной железы

Сидоренко Ю.А., Вегнер Д.В., Ступаченко Д.О., Нисевич В.Н., Кутя А.А.
Донецк, ДНР
ДоКТМО

Патология щитовидной железы шейно-медиастинальной локализации отличается высокой частотой компрессионных осложнений, в ряде случаев до 8-12%, пациенты поступают urgently, в крайне тяжелом состоянии и требуют экстренного хирургического лечения.

Материал и методы. Проведен ретроспективный анализ результатов лечения 104 пациентов с патологией ЩЖ шейно-медиастинальной локализации, находившихся на лечении с 2010 по 2015 год включительно. Согласно профилю, в торакальных отделениях ДоКТМО концентрировались пациенты с раком щитовидной железы осложненными компрессией трахеи, пищевода и сосудов шеи и как следствие асфиксией, дисфагией, синдромом сдавления верхней полой вены. В клинике выработан и применяется алгоритм обследования данной категории пациентов, который кроме общеклинических, содержит и специальные методы изучения данной патологии.

Результаты и обсуждение. Представленный выше алгоритм диагностики, с учетом клинических проявлений, позволил правильно установить диагноз до операции у 101 (95%) пациента. У трех больных внутригрудной зоб симулировал опухоль средостения. В части случаев, пациенты с данной патологией поступали urgently в крайне тяжелом состоянии, нередко с диагнозом опухоль средостения. Все пациенты оперированы. Консервативное ведение данного контингента пациентов, даже при бессимптомном течении заболевания, неприемлемо, так как связано с высоким риском осложнений. При шейном и шейно-медиастинальном зобе использовался доступ по Кохеру, который при заблокированной верхнегрудной апертуре дополнялся частичной продольной стернотомией, значительно реже применяемой сейчас в связи с накоплением опыта этих операций. При внутригрудном зобе использовался торакотомный доступ. Отдельную группу 38 (37 %) человек, составили пациенты с онко-патологией ЩЖ. Выполняемый объем оперативного вмешательства зависел от данных дооперационной пункционно-аспирационной или трепан-биопсии и интраоперационного экспресс гистологического исследования. Он варьировал от резекции до экстирпации ЩЖ при шейно-загрудинной локализации доброкачественного патологического процесса, и обязательном удалением всего образования при внутригрудной. При раке тиреоидэктомия с лимфодиссекцией. Во всех случаях использовалась экстрафасциальная методика удаления. Послеоперационной летальности не было. Осложнения отмечены у 7 больных.

Выводы: 1. Пациенты, с данной патологией, требуют обязательного хирургического лечения, должны обследоваться и оперироваться в специализированных отделениях,

высококвалифицированными хирургами, знающими топографическую анатомию шеи и средостения, где, при возникновении каких либо осложнений, в том числе и внутригрудных, возможна их своевременная ликвидация. 2. Вид доступа при шейно-медиастинальном зобе определяется индивидуально, но предпочтителен шейный доступ, который, в случае необходимости, дополняется частичной продольной стернотомией. При внутригрудной локализации зоба показана торакотомия. 3. Использование экстрафасциальной методики резекции ЩЖ позволяет снизить частоту рецидивов зоба, повышает радикальность выполненного оперативного пособия и является единственно приемлемой при онкологическом процессе. 4. Объем оперативного вмешательства напрямую зависит от данных гистологического заключения, в связи, с чем проведение дооперационного и интраоперационного морфологического исследования является обязательным.

9. Значение озонотерапии в комплексном лечении больных с флегмонами стопы

Эдилов А.В., Татьянченко В.К., Богданов В.Л., Давыденко А.В.
Ростов-на-Дону

ФГБОУ ВО «Ростовский государственный медицинский университет»

Цель исследования: изучить влияние озонотерапии на динамику сроков заживления ран у больных с флегмоной стопы.

Материалы и методы. В период с 2009 по 2018 гг под наблюдением находилось 64 больных в возрасте от 20 до 75 лет (38 мужчин и 28 женщин) с флегмоной стопы недиабетической этиологии в отделении гнойной хирургии МБУЗ ГБ СП (г. Ростов-на-Дону). Больные с учетом применяемой тактики рандомизированы на две группы: основную — 33 больных, их комплексное лечение основано на оперативном пособии по разработанной методике (патент РФ №2683855 от 02.04.2019). По известным методам использована антибактериальная и детоксикационная терапия. В комплексное лечение больных включена озонотерапия. Для местной санации применяли озонирование раствором дистиллированной воды с концентрацией озона до 25 мкг/мл, а также внутривенные инфузии 200 мл озонированного 0,9% раствора хлорида натрия с помощью медицинского озонатора фирмы «Медозон» (Н.Новгород, Россия). Концентрация озона определялась из расчета 20 мкг на 1 кг веса больного. У больных (31) контрольной группы медицинский озон не применяли. Статистическая обработка данных проводилась пакетом программ STATISTICA (StatSoft Version 10.0), а также с помощью программы Microsoft Excel 2010. Критический уровень значимости при проверке статистических гипотез применяли равным $p < 0,05$.

Результаты. После проведения 1-2 сеансов озонотерапии у всех больных отмечено улучшение общего состояния, уменьшение болевых ощущений, нормализация пульса и температуры. Основная динамика локальных изменений в группе сравнения зафиксирована к 8-9-ым суткам, а основной — 5-6-ым суткам, что соответствовало проведению 2-3 процедур. Применение озонотерапии способствовало раннему, по сравнению с традиционным лечением, купированию коллатерального отека, исчезновению болезненности и гиперемии околораневой зоны, уменьшению количества гнойного отделяемого. Первые признаки появления грануляционной ткани зафиксированы на 6-е сутки от оперативного лечения у 77% больных основной группы, а разгар грануляций — 97% больных на 8-е сутки ($p < 0,05$). У 68% больных основной группы положительная динамика раневого процесса явилась основанием для ушивания ран на 10-11-е сутки, что раньше на 3-4 дня, чем в группе сравнения ($p < 0,05$).

10. Опыт в лечении больных с глубокими межмышечными флегмонами ягодичной области и компартмент синдрома

Бякова Е.Н., Татьянченко В.К., Богданов В.Л., Давыденко А.В., Манулик А.Ф.
Ростов-на-Дону
ФГБОУ ВО «Ростовский государственный медицинский университет»

Цель. Обосновать тактику хирургического лечения больных с глубокими межмышечными флегмонами ягодичной области с учетом стадии развития острого тканевого гипертензионного синдрома (ОТГС).

Материалы и методы. Пролечено 74 больных с флегмонами ягодичной области (50 – основная группа и 24 – группа сравнения). Диагностику и лечение ОТГС (компаратмент синдром) проводили по оригинальной методике (Патенты РФ на изобретение No2271733 и No2295310).

Результаты. У 24 больных группы сравнения операция выполнена в день поступления. Она заключалась во вскрытии гнойника, удалении некротических масс, санации 3% перекисью водорода и 0,05% р-ром хлоргексидина, дренировании и рыхлом тампонировании гнойной полости турундой с гидрофильными мазями. Посевы из ран на 7–9-е сутки лечения были стерильными лишь у 9 больных (37,5%). У 15 больных (62,5%) обсемененность раны микрофлорой была выше 10/5 в 1 г ткани. В связи с этим раны велись открыто до их вторичного заживления. Объем оперативного вмешательства у 50 больных основной группы был аналогичным. Но при установлении ОТГС у 38 больных (76%) нами выполнена декомпрессивная фасциотомия от 1 до 4 фасциальных узлов ягодичной области. И после вскрытия и санации гнойника выполнялась ультразвуковая обработка раны в 0,05% р-ре водного хлоргексидина. Операции заканчивали дренированием и тампонированием раны. При посеве отделяемого из ран на 7-е сутки после операции, обсемененность раны лишь у 7 больных (14,0%) была выше критического уровня и составляла 10/5 микробных тел в 1 г ткани. Все они входили в группу больных с ОТГС. У остальных 43 больных (86%) – ниже 10/5. Мы считали это критерием завершения первого этапа лечения. Всем больным основной группы выполнено закрытие ран: у 14 наложены отсроченные первичные швы; ранние вторичные швы у 18; поздние вторичные швы у 17; свободная пластика расщепленным кожным лоскутом – у 1 больного. У 5 больных отмечалась несостоятельность швов, рану вели открыто до выполнения ее грануляциями.

Вывод. Дифференцированный подход к хирургическому лечению больных с глубокими межмышечными флегмонами ягодичной области с учетом оценки течения компартмент синдрома и динамики бактериальной контаминации в зоне операции дает возможность минимизировать уровень послеоперационных осложнений и достигнуть положительных результатов лечения у 89,24% больных.

11. Профилактика образования гипертрофических рубцов у больных с гнойно-воспалительными процессами мягких тканей

Татьянченко В.К., Красенков Ю.В., Богданов В.Л., Сухая Ю.В., Бякова Е.Н.,
Воронова О.В., Резникова Г.Л.
Ростов-на-Дону
ФГБОУ ВО «Ростовский государственный медицинский университет»

Цель. Улучшить результаты лечения больных с гнойно-воспалительными процессами мягких тканей путём разработки лечебной тактики по профилактике избыточного рубцеобразования.

Материалы и методы. Под наблюдением находилось 144 пациента с разной локализацией флегмон мягких тканей. Из них у 70 (48,6%) флегмона локализовалась в области плеча и предплечья, у 36 (25,0%) в области кисти и у 38 (26,4%) ягодичной области. Возраст больных колебался от 16 до 64 лет, причём от 20 до 55 лет было 121 больных (84,0%). У всех больных выполняли операции по вскрытию и дренированию полости гнойного очага, используя известные технологии. Изучение эффективности

разработанного нами диагностического комплекса (Федеральный патент на изобретение №2587972) по профилактике избыточного рубцеобразования в послеоперационном периоде проведено у всех 144 больных.

Результаты: из 14% больных подгруппу А составили 43 больных с ацетилярной активностью более 30%. При выявлении II фазы раневого процесса комплекс консервативной терапии включая местное нанесение мази Эгаллохит в течение 5 дней, а при выявлении III фазы раневого процесса, ультрафонофорез геля Контрактубекс в течение 5 дней. Подгруппу Б составили 75 больных, у которых установлена ацетилярная активность от 30 до 20%, и при выявлении II фазы раневого процесса комплекс консервативной терапии включал местное нанесение мази Эгаллохит в течение 7 дней, а при выявлении III фазы раневого процесса, ультрафонофорез геля Контрактубекс в течение 7 дней, затем электрофорез Карипазима 350 ПЕ в течение 7 дней. Подгруппу В составили 26 больных, у которых установлена ацетилярная активность менее 20%, и при выявлении II фазы раневого процесса комплекс консервативной терапии включал внутримышечное введение Лонгидазы 1,0 мл, 1 раз в 3 дня, 10 инъекций, местное нанесение мази Эгаллохит в течение 10 дней, а при выявлении III фазы раневого процесса, ультрафонофорез геля Контрактубекс в течение 10 дней, затем электрофорез Карипазима 350 ПЕ в течение 10 дней, лазеротерапия по 10 минут в течение 5 дней. Больных наблюдали в сроки от 3 месяцев до 1 года после операции. Из 144 больных только у 1 больного с флегмоной кисти выявлен гипертрофический рубец 3,0 x 2,0 мм в области ладонной поверхности. Больной относился к подгруппе В.

Выводы. Хорошие результаты у 99,4% больных с гнойно-воспалительными процессами мягких тканей позволяют рекомендовать разработанный способ профилактики образования гипертрофических рубцов в хирургическую практику.

12. Эффективность лазерной терапии в комплексном лечении деструктивного панкреатита

Гринцов А.Г., Пилюгин Г.Г., Осипов А.Г., Луценко Ю.Г.
Донецк, ДНР

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет им. М.Горького»

Актуальность проблемы: острый панкреатит относится к наиболее тяжелым заболеваниям органов брюшной полости. Общая летальность при остром панкреатите колеблется от 4% до 15%, при некротической форме она составляет 24-60%, послеоперационная летальность достигает 70%.

Цель работы: изучение эффективности влияния лазерного излучения на воспалительный процесс в поджелудочной железе и возможность его применения в диагностике тяжести эндогенной интоксикации.

Материал и методы: под наблюдением находилось 40 больных с деструктивным панкреатитом, в диагностике и лечении которых применялась лапароскопия. Среди пациентов преобладали мужчины (68%). Средний возраст-50±3.6 года. Больные были распределены на группы по 20 человек. Контрольная группа получала общепринятый комплекс лечебно-диагностических мероприятий. При нарастании тяжести эндогенной интоксикации, критерием которой был уровень средних молекул крови выше 0.328 (норма-0.254), пациентам проводили современные методы детоксикации. В комплекс лечения больных основной группы был включен комбинированный курс лазерной терапии (ЛТ). Использовался низкоинтенсивный гелий-неоновый лазер непрерывного действия АЛФ-2 «Ярозит», с диаметром пучка-4 мм, длиной волны-632.8 нм и мощностью излучения-30 мВт. Для исследования оптических свойств плазмы и лимфы применяли этот же лазер, но с мощностью 1.5 мВт. Лазерное облучение проводили кварцевым световодом через дренажи, установленные при лапароскопии, мощность излучения которого на выходе составляла 10 мВт, плотность-4 мВт. Суммарная экспозиция-30 м. Дополняли лечение сеансами внутрисосудистого лазерного облучения

крови (ВЛОК) с помощью аппарата АЛОУ-2 (длина волны-632.8 мм, мощность-1.5 мВт). Процедуры проводили ежедневно в течение 3-8 дней. Критерием тяжести интоксикации в основной группе был показатель Р-плотности плазмы, превышающий 0.9 (норма-0.2), который определяли методом лазерной дифрактометрии и рассчитывали как соотношение логарифма числа N-пика интенсивности рассеянного излучения, попадающего в определенный радиус r, к логарифму этого радиуса $P=(d \ln N)/(d \ln r)$.

Результаты и обсуждения: у всех больных основной группы на фоне применения ЛТ отмечено более раннее (на 2-3 сутки) купирование болевого синдрома. У 85% больных основной группы, в сравнении с 56% контрольной группы, удалось нормализовать гемодинамические показатели и моторику кишечника. К лимфогенным методам детоксикации пришлось прибегнуть у 44% больных контрольной группы и 25% основной группы. При этом показатель плотности плазмы в основной группе превышал пороговый-0.9, в то время как уровень средних молекул только у половины из них был выше 0.328. Открытые оперативные вмешательства в связи с развитием гнойных осложнений произведены у 25% больных контрольной группы и у 10% больных основной группы. Послеоперационная летальность составила соответственно 32.8% и 16.9%. Улучшение результатов лечения больных основной группы связано с явным противовоспалительным действием лазерного излучения за счет нормализации микроциркуляции, реологических свойств крови, повышения биоэнергетического, иммунного и гуморального статуса как на клеточном уровне, так и на органном уровне. Показатель плотности плазмы, определяемый методом лазерной дифрактометрии, позволяет быстро и более точно оценить тяжесть эндогенной интоксикации и своевременно провести необходимые лечебные мероприятия.

Выводы: использование ЛТ в комплексном лечении деструктивного панкреатита способствует более быстрому стиханию воспалительного процесса, снижению частоты развития гнойных осложнений и летальности в 2 раза.

13. Использование магнитолазерного излучения в лечении и профилактики спаечной болезни

Гринцов А.Г., Пилюгин Г.Г., Осипов А.Г., Матийцев А.Б., Верхулецкий Е.И.
Донецк, ДНР

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького»

Актуальность темы: спаечная болезнь – актуальная проблема хирургии брюшной полости, так как является одним из наиболее частых послеоперационных осложнений. Эффективных методов профилактики спаечной болезни до сих пор не разработано, а число случаев этого осложнения увеличивается в связи с увеличением количества операций на органах брюшной полости.

Цель работы: оценить действие магнитолазерного излучения на стимуляцию кишечника, на динамику основных клинических симптомов у пациентов со спаечной болезнью, улучшить результаты ее профилактики.

Материалы и методы: под нашим наблюдением находилось 34 больных со спаечной болезнью. Среди пациентов преобладали женщины (60%). Пациенты были разделены на две группы по 17 человек. В послеоперационном периоде контрольная группа получала стандартный комплекс профилактических мероприятий. В объеме лечения больным основной группы был включен курс МЛИ. Применялся аппарат ВМЛТ-01, сочетающий инфракрасное лазерное излучение с постоянным магнитным полем. Длина волны - 0.80-0.83мкм, плотность-2.65мВт/см²; магнитная индукция – 30мТл. Метод заключался в облучении лазером проекции корня брыжейки и анастомоза. Продолжительность сеанса – 7-12мин.; курс лечения – 5-10 сеансов. Оперативное лечение заключалось в рассечении и разделении спаек кишечника. У 5 больных была выполнена резекция тонкой кишки с наложением анастомоза бок в бок.

Результаты: проведенные мероприятия показали, что в основной группе больных, которым проводилось МЛН, отмечалось улучшение общего состояния: на 3-5 сутки исчезали боли в брюшной полости, через 2 суток начинали отходить газы, перистальтика кишечника восстанавливалась через 12-16 часов после первой процедуры. У 4 больных контрольной группы появились симптомы острой спаечной кишечной непроходимости в течение 3-5 дней послеоперационного периода, в связи с чем больным была проведена релапаротомия. У пациентов основной группы осложнений не наблюдалось.

Выводы: применение магнитолазерного излучения в послеоперационном периоде у больных со спаечной болезнью позволяет сократить сроки лечения на 5-7 суток, уменьшить количество повторных операций, уменьшить количество рецидивов спаечной болезни.

14. Damage control – тактика у больных общехирургического профиля

Бокарев М.И., Мамыкин А.И., Королев А.И., Алали Х., Ибрагимзаде И.Ф., Копылов А.Б.

Москва

Первый МГМУ им. И.М. Сеченова

Damage control (DC) тактика – это многоэтапное хирургическое лечение, направленное на спасение жизни крайне-тяжелых пациентов путем минимизации объема первичного вмешательства и выполнения окончательного объема операции после интенсивного лечения и нормализации гомеостаза. Изначально, эту тактику использовали для лечения пациентов с тяжелой травмой, однако, DC не теряет своей актуальности и в общехирургической практике. В тех случаях, когда травматичность и длительность экстренного оперативного вмешательства ведет к неминуемой гибели пациента общехирургического профиля в ближайшем послеоперационном периоде, хирург вынужден применять тактику DC. Кафедра госпитальной хирургии Первого МГМУ им. И.М. Сеченова провела ретроспективное изучение пациентов, у которых использовали DC тактику в экстренной хирургической клинике ГКБ им. А.К. Ерамишанцева за период 2015 – 2018 год.

Цель исследования: определить потребность и основные причины использования DC тактики у пациентов с хирургической патологией, требующей экстренного чревосечения.

В исследование вошло 797 больных, у которых клинические данные вынудили хирурга выполнить экстренную лапаротомию, отказавшись от эндоскопического вмешательства. Из них, 381 больной был мужчина, 416 – женщина. Средний возраст равен $76,4 \pm 12$ лет. Исходная тяжесть состояния больных, оцененная по шкале SOFA, равна $2,1 \pm 1,5$ баллов. Умерло 202 пациента (25,3%). DC тактику применили у 208 больных, что составляет 26,1%. Из них, 96(46,5%) больных были мужчины, 112(53,8%) – женщины. Средний возраст равен $69,4 \pm 18$ лет. Исходная тяжесть состояния больных, оцененная по шкале SOFA, равна $4,3 \pm 1,2$ баллов. Умерло 92 пациента, что составляет летальность 44,2%. Изучение клинического материала обнаружило, что у 94(45,2%) больных, основным поводом для применения DC тактики послужил распространенный гнойный перитонит. В 86(41,3%) наблюдениях использовать DC тактику заставила крайняя тяжесть состояния пациентов. В 28(13,5%) случаях имела место неопределенная жизнеспособность, вовлеченного в патологический процесс органа.

Таким образом, проведенное исследование позволяет заключить, что 26,1% больных общехирургического профиля, нуждающихся в экстренном чревосечении, требуют использования DC тактики. Наиболее частым основанием для этого является распространенный гнойный перитонит, крайняя тяжесть состояния пациента и неопределенная жизнеспособность пострадавшего органа.

15. Аппендикулярные симптомы, как шаги физикальной диагностики на пути постановки правильного диагноза

Краюшкин С.И., Мяконький Р.В., Краюшкин И.И.

Волгоград

ФГБОУ ВО Волгоградский государственный медицинский университет Минздрава
России

Заболеваемость острым аппендицитом составляет 4-5 чел. на 1000 населения. В среднем из каждых 250 чел. один заболевает острым аппендицитом. На его долю приходится от 40 до 85% всех оперативных вмешательств, выполняемых в неотложной хирургии. 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 два раза чаще, чем мужчины. Летальность составляет 0,1-0,3%, при неперфоративном аппендиксе и до 3% при его перфорации. Среди госпитализированных в 1-е сутки летальность в 5-10 раз ниже, чем среди пациентов, поступивших в стационар в более поздние сроки. Послеоперационные осложнения составляют 5-9%. Трудности диагностики этого заболевания, тяжесть осложнений, связанных с поздней диагностикой, свидетельствуют о том, что проблема диагностики и лечения острого аппендицита не потеряла своей актуальности на сегодняшний день. По доступным данным Росстата показатели заболеваемости и летальности по острому аппендициту представляются следующими: в 2000 г. оперировано 320100 чел., летальность составила - 400 чел. (0,12%); в 2005 г. – 263400 чел., летальность – 300 чел. (0,11%), в 2010 г. – 261200 чел., летальность – 300 чел. (0,11%); в 2014 г. – 224400 чел., летальность – 300 чел. (0,13%); в 2017 г. – 174500 чел., летальность - 200 чел. (0,12%). На 2018 г. по сводным данным из 80 регионов РФ с острым аппендицитом было госпитализировано 176131 чел., оперировано 174459 чел. (99,1%), летальность – 222 чел. (0,13%), послеоперационная летальность - 210 чел. (0,12%). Существует большое количество симптомов острого аппендицита, однако, исторически сложилось таким образом, что к наиболее удобным и достоверным симптомам раздражения брюшины при остром аппендиците во многих отечественных клиниках традиционно относятся триада Деллафуа, а также симптомы как Кохера-Волковича, Щеткина-Блюмберга, Ровсинга, Раздольского, Бартомье-Михельсона, Воскресенского. И вряд ли нынешнее поколение хирургов откажется от них. К тому же, эти же симптомы включены в программы обучения студентов медицинских вузов как наиболее часто используемые при выявлении острого аппендицита.

Нами проанализированы результаты диагностики и лечения пациентов с острым аппендицитом за период с 2013 по 2018 гг. Дизайн исследования представляет ретроспективный анализ результатов предоперационного физикального обследования пациентов с острым аппендицитом. В исследование было включено 220 пациентов, без учета пола и возраста, оперированных по поводу острого аппендицита за указанный пятилетний период. Возраст пациентов, включенных в исследование, составил 18-72 лет (средний возраст $24,5 \pm 2,3$).

В изучаемой группе пациентов аппендикс располагался типично интраперитонеально. В 17,4 % случаев при положительных симптомах острого аппендицита интраоперационно выявлена катаральная форма воспаления червеобразного отростка. Деструктивные формы острого аппендицита выявлены в 82,6% случаев: флегмонозный - 74,2%, гангренозный – 8,4%. По нашим данным положительный симптом Бартомье-Михельсона, встречается в 22,4% случаев, при катаральной форме аппендицита в 16,3%, флегмонозной - 28,7%, гангренозной - 64,2%. Симптом Ровсинга в 23,8%, при катаральной форме - 20,4%, флегмонозной - 56,2%, гангренозной - 82,3%. Симптом Менделя-Раздольского в 90,7%, при катаральной форме - 56,4%, флегмонозной - 68,2%, гангренозной - 84,7%. Триада Деллафуа встречается в 48,2% случаев, при катаральной форме – 37,8%, флегмонозной – 56,4%, гангренозной – 71,6%. Симптом Воскресенского

или симптом «рубашки», или симптом скольжения, положителен в 93,6% случаев, при катаральной форме – 25,1%, флегмонозной – 68,2%, гангренозной – 72,8%. Симптом Щеткина-Блюмберга или симптом «отраженной болезненности» - 93,6% случаев, при катаральной форме – 84,5%, флегмонозной – 100%, гангренозной – 100%. Симптом Кохера-Волковича - 96,2%, при катаральной форме – 92,4%, флегмонозной – 96,3%, гангренозной – 98,7%. Симптом Краюшкина положительный в 92,3% случаев, при катаральной форме – 80,1%, флегмонозной – 95,4%, гангренозной – 98,3%. Симптом Мяконького положительный в 94,5% случаев, при катаральной форме – 86,7%, флегмонозной – 92,6%, гангренозной – 97,3%. К числу традиционных, широко известных и проверенных многолетней клинической практикой опорных симптомов острого аппендицита следует относить такие симптомы как Кохера-Волковича, Блюмберга-Щеткина, Воскресенского, Менделя-Раздольского, триаду Дьелафуа. При этом правомочно введение в более широкую практику относительно новых и/или малоизвестных симптомов, например таких, как симптомы Краюшкина и Мяконького.

Представляя наши данные, мы обязаны обратить внимание на то, что говоря об эффективности и информативности симптомов в хирургической практике, которые уже входят, и будут в ближайшем будущем входить в диагностический арсенал хирургии, необходимо строго придерживаться принципа их общенационального аудита, базирующегося на коллективном многолетнем опыте и аспектах доказательной медицины. Несмотря на то, что все более широкое применение находит эндоскопическая и компьютерная техника, основу диагностики и лечения составляет врач классического типа. Следует акцентировать внимание на приведенных опорных симптомах острого аппендицита при обучении студентов медицинских вузов, врачей-интернистов, курсантов хирургического профиля, а также фельдшеров и врачей службы амбулаторной и скорой медицинской помощи. Именно сотрудники службы скорой медицинской помощи зачастую вынуждены принимать судьбоносное для пациента решение: постановка диагноза, необходимость лечения и его вид, нуждаемость в домашнем или стационарном лечении, срочность госпитализации, способ транспортировки, оказание медицинской помощи дома и ее объем.

16. Эволюция портосистемных шунтирующих вмешательств при осложнённой портальной гипертензии цирротического генеза

Хоронько Ю.В., Саркисов А.Э., Косовцев Е.В.
Ростов-на-Дону

ФГБОУ ВО "Ростовский государственный медицинский университет" Минздрава
России

Актуальность проблемы. Вековой юбилей Учителя – профессора П.П.Коваленко, - который мы отмечаем в эти дни, создаёт уникальную возможность проследить эволюцию операций портосистемного шунтирования при осложненной портальной гипертензии (ПГ), проанализировав более, чем столетний опыт применения подобных операций в хирургической клинике Ростовского медицинского университета. Первый руководитель клиники – профессор Н.А. Богораз, - опубликовал в 1913 г. сообщение о клиническом применении операции мезентерико-кавального шунтирования у больной с асцитом, обусловленным циррозом печени (ЦП). На этапе 1970-х - 2000-х гг. пациентам с ПГ формировали спленоренальный анастомоз (около 100 больных), от которого в 2007 г. отказались в связи с внедрением в практику клиники операции трансъюгулярного внутривенного портосистемного шунтирования (TIPS/ТИПС), которая в период 2007-18 гг. выполнена у 221 пациента с ПГ цирротического генеза.

Цель работы – проанализировать возможности достижения эффективной портальной декомпрессии при осложнённой ПГ внутривенного типа, вызванной ЦП, и обосновать достоинства операции TIPS/ТИПС.

Материал и методы. В хирургической клинике РостГМУ операции TIPS/ТИПС подвергнут 221 больной в период 2007-18 гг. Средний возраст $49,1 \pm 3,1$ лет. Показаниями к вмешательству стали варикозные пищеводно-желудочные кровотечения (ВПЖК), состоявшиеся в недавнем анамнезе – у 170, и рефрактерный асцит (РА) – у 51 больного, из числа которых у 13 (25,5%) выявлен гепаторенальный синдром 2 типа. ПГ зачастую протекала полисиндромно. Так, в подгруппе пациентов с ВПЖК у 25% имел место асцит, у 90% спленомегалия и у 82% - гиперспленизм. В подгруппе с РА варикозная трансформация выявлена у 96%, спленомегалия – у 88%, гиперспленизм – у 86%. Подавляющее большинство больных (97,7%) находились в суб- и декомпенсированной стадиях хронической печеночной недостаточности (62,0% и 35,7%, соответственно). У 178 (80,5%) шунтирующее пособие дополнили селективной эмболизацией левой и/или задней желудочной вен (ЛЖВ/ЗЖВ) для профилактики пищеводно-желудочной геморрагии в случае дисфункции шунта. Помимо общепринятых диагностических мероприятий на этапе подготовки к операции TIPS/ТИПС, интраоперационно измеряли давление в воротной вене (ВВ) и рассчитывали портосистемный градиент давления (ПСГД). Изучили показатели госпитальной, 6-недельной и годичной летальности, 1-, 3- и 5-летнюю выживаемость, частоту рецидивов геморрагии, а также проанализировали осложнения вмешательств.

Результаты и обсуждение. Техническая осуществимость операции TIPS/ТИПС при отсутствии посттромботической трансформации ВВ составила 100%. Этому способствовало применение УЗ дуплексного исследования ВВ и СКТ органов брюшной полости в режиме компьютерной спленопортографии, позволяющих до операции установить параметры портальной гемодинамики и особенности ангиоархитектоники. В результате операции TIPS/ТИПС отмечено значимое снижением ПСГД с $18,27 \pm 2,83$ до $8,70 \pm 1,08$ ($p < 0,05$), что клинически проявилось редукцией варикозной пищеводно-желудочной трансформации, резорбцией асцита, уменьшением спленомегалии и выраженности гиперспленизма. 6-нед летальность составила 1,8% (4 пациента). Годичная летальность в группе ВПЖК – 13,5%, в группе РА – 15,7%. Благодаря разработанному алгоритму ведения пациентов, подвергшихся шунтирующему пособию, удалось добиться снижения ранней постшунтовой энцефалопатии с 29,3% в первые годы применения TIPS/ТИПС до 13,2% в 2016-18 гг. Дисфункция шунта (тромбоз) отмечена в первые годы почти в четверти наблюдений (24,5%). Вследствие отказа от применения голометаллических стентов и переходу исключительно на покрытые PTFE, а также разработке и применению медикаментозных мероприятий, предотвращающих тромботические осложнения, в последние годы частота этого осложнения существенно снизилась и составила 7,4-11,7%. Следует заметить, что, благодаря селективной эмболизации ЛЖВ/ЗЖВ, прекращение кровотока по сформированному шунту при его тромбозе и возобновление ПГ не приводило к рецидиву ВПЖК.

Выводы. 1. Портосистемные шунтирующие вмешательства позволяют снизить давление в системе воротной вены при портальной гипертензии, обеспечивая лечение и профилактику жизнеугрожающих осложнений; 2. TIPS/ТИПС является наиболее эффективным хирургическим методом портальной декомпрессии. Благодаря миниинвазивному характеру, эта операция хорошо переносима пациентами с суб- и декомпенсированной стадиями печеночной недостаточности цирротического генеза. 3. Разработан алгоритм ведения больных, подвергнутых операции TIPS/ТИПС, позволяющий снизить риск развития постшунтовых расстройств (усугубление энцефалопатии, дисфункция шунта) и улучшить качество жизни.

17. Хирургическая тактика лечения больных с осложненной формой синдрома диабетической стопы (СДС).

Дибиров М.Д.¹, Гаджимурадов Р.У.¹, Хамитов Ф.Ф.², Прошин А.В.²
Москва

¹Московский Государственный Медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова

²Городская клиническая больница им. В.В. Вересаева, г. Москвы

Актуальность: в настоящее время сахарный диабет занимает лидирующее место среди причин высокой инвалидизации и смертности больных. Как показывает статистика, каждые 15 лет число больных сахарным диабетом удваивается. Частота развития гангрены при СДС составляет 10-20%, по поводу чего выполняется около 60% от общего числа всех ампутаций нижних конечностей (Национальные стандарты оказания помощи больным сахарным диабетом – 2002г.; Международное соглашение по диабетической стопе 2000г.).

Цель: разработать алгоритм комплексного лечения и оценить эффективность хирургического лечения больных с осложненными формами СДС.

Материалы и методы: проведено обследование и комплексное хирургическое лечение 514 больных СДС, осложненных гнойно-некротическими поражениями нижних конечностей с 2010 по 2018 гг. в возрасте от 56 до 92 лет. Мужчин было 39%, женщин 61%. Давность заболевания сахарным диабетом более 15 лет. У 23% пациентов выявлен изолированный характер поражения артериального русла. У 77% имелись поражения артерий нескольких сегментов. ХИНК III-б степени имелась у 67% больных, IV степени – у 33%. Макрогемодинамика оценивалась по данным УЗДС, МСКТ-ангиографии, Лазерной доплеровской флоуметрии (ЛДФ), данных TcPO₂. При наличии показаний выполняли рентгенконтрастную аорто-ангиографию. С целью улучшения тканевого метаболизма и микроциркуляции больным с трофическими поражениями стоп внутривенно вводили Актовегин в дозе 1200мг в сутки в течение 14 суток, с последующим переводом на таблетированные формы по 1тб. х 3 раза в день в течение 1,5 месяцев. Реконструктивные операции выполнены у 158 (31%) пациентов и у 186 (36%) - эндоваскулярные операции на аорте и магистральных артериях нижних конечностей. У 38 (7%) выполнялись «позатажные» шунтирования, либо «гибридные» операции.

Результаты и обсуждение: инфекционный процесс при гнойных осложнениях отличался поливалентным характером, за счет присутствия ассоциации как аэробных, так и анаэробных микроорганизмов. У 85% выделены аэробно-анаэробные ассоциации, включающие облигатно-анаэробные неспорообразующие бактерии - *Bacteroides fragilis*, *Peptococcus* spp., *Peptostreptococcus* spp., *Prevotella melaninogenica*, *Propionobacterium*, факультативные анаэробы были представлены - *Staphylococcus aureus* – 52%, *Staphylococcus epidermidis* – 36%. Аорто-бедренно бифуркационное шунтирование (АББШ) выполнены у 52 (11%) пациентов, бедрено-проксимально-подколенное шунтирование у 164 (32%), бедренно-дистально-подколенное шунтирование у 175 (34%), бедренно-берцовое шунтирование у 128 (25%). Стентирование подвздошных артерий выполнено у 72 (14%), поверхностной бедренной артерии у 118 (23%). Реканализация с баллонной ангиопластикой артерий голени выполнена у 323 (63%) пациентов. Тромбоз в сроки до месяца отмечен у 20 (6%) больных после бедренно-подколенных шунтирований, у 15 (12%) - после бедренно-тибиальных шунтирований, у 17 (9%) после эндоваскулярных вмешательств, связанная с диффузным поражением дистального русла, нарушением сократимости миокарда с развитием гипотонии в послеоперационном периоде. Из-за прогрессирования процесса у 4 больных из этой группы выполнены ампутации на уровне бедра. У 82 больных (16%) больных выполнена ампутация нижней конечности на уровне голени. У 61 больного, у которых по данным УЗАС, МСКТ-артериографии имелась окклюзия и субокклюзия (до 80%) устья глубокой артерии бедра выполнена профундопластика, что позволило снизить предполагаемый высокий уровень ампутации с уровня бедра на голень.

Выводы: 1. Хирургическая коррекция макрогемодинамики с выполнением прямых реконструктивных и эндоваскулярных сосудистых операций позволила избежать высокие ампутации у 70% больных и ограничиться малыми ампутациями

(экзаартикуляциями) на стопе с последующим закрытием раневых дефектов путем различных видов пластических операций. 2. Профундопластика выполненная у 12% больных с восстановлением кровотока в глубокую артерию бедра позволяет снизить уровень предполагаемой ампутации с бедра до уровня голени у больных с осложненными формами СДС.

18. Новый способ ушивания кожи и подкожной жировой клетчатки после лапаротомии

Кивва А.Н., Баранов П.А., Созыкин А.А., Тышлек Ю.В.
Ростов-на-Дону
ФГБОУ ВО РостГМУ Минздрава России

Актуальность проблемы. Несмотря на многолетние усилия по усовершенствованию методик закрытия лапаротомных ран, раневые осложнения заживления подкожной клетчатки и кожи после чревосечения наблюдаются довольно часто в повседневной практике. Техника ушивания является важным фактором для оптимального заживления раны и снижения частоты послеоперационных осложнений.

Цель исследования. Улучшить результаты лечения пациентов, перенесших лапаротомию.

Материалы и методы. Для реализации поставленной цели нами был разработан и клинически апробирован у 70 пациенток, перенесших кесарево сечение, способ наложения непрерывного подкожно-внутрикожного шва после лапаротомии (патент РФ на изобретение № 2631740). Способ осуществляется следующим образом. После послойного ушивания всех слоев передней брюшной стенки до апоневроза включительно, берут 20 см нить (рассасывающийся шовный материал PGA (полигликолид) НЕ № 2010/06090) и делят её пополам при помощи зажима. Один из концов нити заряжают в иглу. Этой иглой на 1 мм ниже поверхности кожи производят в один из углов раны внутрикожный вкол по продольной оси раны на длину 4-5 мм и, разворачивая иглу в обратном направлении, выкалываются в подкожную жировую клетчатку на 1 см ниже поверхности кожи. Выведенную нить протягивают до середины, разграниченной зажимом, который с другой половиной нити остаются на поверхности кожи. После чего, отступя от угла раны 2 см с одной из сторон раны осуществляют вкол в подкожную клетчатку на уровне 1 см ниже поверхности кожи с подхватыванием апоневроза и выколом с противоположной стороны раны в подкожную клетчатку на том же уровне напротив вкола. Подобным образом, используя одну половину лигатуры, ушивают подкожную клетчатку на всем протяжении раны непрерывным обвивным швом с шагом 2 см. Конец фиксируют, проведя из подкожной клетчатки в противоположный, от того угла где начинали шить, угол раны на длину 4-5 мм подкожно с последующим разворотом иглы вверх и назад, и выводят нить в сторону, противоположную стороне, в которой начинали шов, внутрикожно на 1-2 мм дистальнее угла раны. Нить натягивают, добиваясь плотного физиологического сопоставления подкожной жировой клетчатки. Снимают зажим, делящий нить пополам. Другой, оставшийся на первоначальном углу раны, конец нити заряжают в иглу. Приступают к ушиванию кожи. Отступают от первоначального угла раны на 1 см и производят в одну из сторон раны внутрикожный вкол с выколом на расстоянии 1 см от вкола по направлению к противоположному углу раны. В этом же направлении напротив выкола с противоположной стороны раны производят внутрикожный вкол с выколом на расстоянии 1 см. Аналогичными приемами ушивают кожу до противоположного угла раны. Последний выкол производят внутрикожно на противоположной стороне от конца лигатуры, ушившей подкожную клетчатку, так что бы нить вышла на 1-2 мм, не доходя до угла раны, располагаясь симметрично нити, сшивавшей подкожную клетчатку. Расположенные строго напротив друг друга на противоположных сторонах раны концы нитей после натяжения связывают

между собой в узел. В послеоперационном периоде шов не снимают. На 5 сутки после операции отсекают узел. Вид рубца оценивался по шкале оценки шрамов SBSSES.

Результаты и обсуждение. Применение этой методики позволило получить хороший клинический эффект у всех 70 пациенток, перенесших кесарево сечение. Во всех случаях рана заживала первичным натяжением, осложнений не было, результат оценки шрамов по шкале SBSSES равен 5 баллам. Изолированное соединение кожных краев путем наложения внутрикожного непрерывного горизонтального шва исключает такое интраоперационное осложнение как повреждение внутрикожных сосудов. За счет этого, а также из-за отсутствия узлов в подкожной клетчатке уменьшается травматизация поверхностных слоев передней брюшной стенки, что снижает возможность появления послеоперационных осложнений в виде ишемизации тканей. Благодаря стягиванию концов нитей, расположенных в одном слое, обеспечивается оптимальная аппроксимация краев раны. Раздельное сшивание кожи и подкожной клетчатки позволяет обеспечить хорошую адаптацию и нужную компрессию при сближении каждого слоя, что предотвращает развитие воспалительных послеоперационных осложнений и появление грубых рубцов. Захват в шов апоневроза предупреждает образование остаточных полостей и существенно уменьшает возможность появления гнойных осложнений. Значительное снижение возможности появления послеоперационных осложнений улучшает косметический результат. Ушивание послеоперационной раны после лапаротомии предложенным способом позволяет выписывать пациентов на 5 сутки после операции, что сокращает сроки лечения.

Выводы. Использование данного способа ушивания лапаротомной раны дает возможность избежать развития послеоперационных осложнений, улучшить косметический эффект после оперативного вмешательства и сократить сроки лечения.

19. Опыт применения эндоскопической аргоноплазменной коагуляции (АПК) при острых гастродуоденальных кровотечениях

Ткачев А.В., Гопкало А.А.

Гуково

МБУЗ «ЦГБ» г. Гуково Ростовская область

За период 2013-2018 гг. в хирургическом отделении пролечено 278 больных с острыми гастродуоденальными кровотечениями, из них: мужчин - 194, женщин - 84, средний возраст больных от 18 до 89 лет. Старше 60 лет поступило 110 больных (39,7%). Позже 24 часов с момента заболевания поступило 83 больных (29,9%).

Наиболее частой причиной кровотечений является язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки (107 больных) и желудка (33 больных). Второй по частоте причиной кровотечения был эрозивно-язвенный гастродуоденит (98 больных). Третьей по частоте причиной явился синдром Меллори-Вейса (26 больных). Кровотечение из пептической язвы анастомоза наблюдалось у 6 больных. В пяти случаях причиной кровотечения явился рак желудка и в трех случаях полип желудка. Следует отметить, что у 38 больных (13,8%) кровотечение возникло на фоне длительного применения антикоагулянтов и НПВС. По классификации Forrest: F1A - у 42 больных, F1B - у 54 больных, F1A - у 3 больных, F1B - у 55 больных. Аргоноплазменная коагуляция (АПК) источника кровотечения выполнена 146 больным (52,5%), из них повторно 10 больным. При язвенной болезни двенадцатиперстной кишки АПК выполнена 77 больным, при язвенной болезни желудка - 20, при эрозивно-язвенном гастродуодените - 19, при синдроме Меллори-Вейса - 17, при пептической язве анастомоза - 6, при раке желудка - 5, при полипе желудка - 3. Стойкий гемостаз удалось достичь у 134 больных (91,8%). При достижении стабильного гемостаза проводился динамический ФГДС-осмотр. Сроки осмотра от 3 до 24 часов в зависимости от локализации и исходного состояния источника кровотечения. При выписке больных или при переводе на долечивание в терапевтическое отделение ФГДС-осмотр выполнялся в обязательном порядке. В 12

случаях возник рецидив кровотечения (8,2%). В 10 случаях рецидив наблюдался на 3-5 сутки после АПК, в 2 случаях на 10 и 12 сутки. Больным с рецидивом кровотечения выполнены «открытые» операции: 2 больным резекция желудка, 1 больному иссечение кровоточащей язвы желудка и 9 больным ушивание кровоточащей язвы двенадцатиперстной кишки. Наиболее часто рецидив кровотечения возникал при локализации источника кровотечения на задней стенке двенадцатиперстной кишки и малой кривизне желудка. Наблюдалось одно осложнение после АПК кровоточащей язвы передней стенки двенадцатиперстной кишки. Через 18 часов произошла перфорация стенки двенадцатиперстной кишки. Больной выполнена лапаротомия, иссечение язвы с пилоропластикой. После операций умерло 14 больных (9,6%), из них: 13 после АПК и 1 после ушивания кровоточащей язвы двенадцатиперстной кишки. Послеоперационная летальность обусловлена тяжелой сопутствующей патологией.

Выводы: 1. Аргоноплазменная коагуляция (АПК) является высокоэффективным методом гемостаза, позволяющим добиться окончательной остановки кровотечения более чем у 90% больных. 2. Применение АПК позволяет значительно снизить количество «открытых» операций. 3. Рецидив кровотечения является показанием к «открытой» операции.

20. Панкреатодуоденальная резекция – «открытая», лапароскопическая или робот-ассистированная, – что лучше?

Лицишин В.Я., Попов А.Ю., Петровский А.Н., Григоров С.П., Шевченко М.С.,
Барышев А.Г.
Краснодар

ГБУЗ «Научно-исследовательский институт – Краевая клиническая больница №1 им. проф. С.В. Очаповского» Хирургическое отделение №1 Министерства здравоохранения Краснодарского края

Разработка новых методов малотравматичных прецизионных оперативных вмешательств в абдоминальной хирургии становится все более популярным даже в тех областях, где совсем недавно хирургия «широких» доступов казалась безальтернативной. Благодаря интенсивному внедрению в клиническую практику лапароскопических и роботических методик открылись новые представления о возможностях хирургического лечения больных с онкопатологией панкреатодуоденальной зоны периампулярной локализации. При сравнении ближайших результатов выполнения панкреатодуоденальных резекций (ПДР) различными способами отмечается тенденция к улучшению итогов хирургического лечения при применении малоинвазивных методов.

Цель работы: изучить результаты хирургического лечения пациентов с объемными образованиями билиопанкреатодуоденальной зоны при применении традиционной «открытой» и малоинвазивных, - лапароскопической и робот-ассистированной ПДР, выполненных одним коллективом хирургов с применением стратегии Fast Track.

Материалы и методы. В период с 2015г. по 2018г. в ГБУЗ НИИ ККБ№1 им. проф. С.В. Очаповского проведено 109 ПДР по поводу новообразований панкреатобилиарной зоны периампулярной локализации. Открытых операций выполнено - 68, лапароскопических – 17, робот-ассистированных 24. Нами была выделена основная группа (n=41) пациентов, подвергнутых лапароскопическим и робот-ассистированным вмешательствам; в контрольную группу (n=68) вошли больные, перенесшие «открытую» ПДР.

При лапароскопических ПДР осложнения отмечены в 5(12,1%) случаях, умерло 2 (4,8%) больных. При роботических ПДР осложнения выявлены у 3(2,4%) больных, умер 1(2,4%). Суммарно летальность при малоинвазивных ПДР составила 3(7,3%). При «открытых» ПДР осложнения отмечены в 20(29,4%) случаях, летальный исход зафиксирован у 5(7,4%) больных. Несмотря на отсутствие достоверной разницы в

летальности ($p \geq 0,4$), анализ частоты развития осложнений в послеоперационном периоде в основной группе больных продемонстрировал достоверное снижение формирования панкреатического свища тип С ($p \leq 0,05$), а также раневой инфекции ($p \leq 0,05$) в сравнении с контрольной группой. Возможность ранней активизации, а также более быстрые сроки восстановления в группе малоинвазивных ПДР (13 ± 3 койко-дней) в сравнении с открытыми (18 ± 5 койко-дней) вмешательствами позволяют снизить вероятность развития послеоперационного стресса, что благоприятно отражается на состоянии иммунной системы и позволяет своевременно приступить к адьювантной химиотерапии.

Выводы: активизация процесса внедрения малоинвазивных способов выполнения ПДР позволит улучшить ближайшие результаты хирургического лечения больных онкопатологией панкреатодуоденальной зоны периапулярной локализации. Применение данной стратегии как нельзя лучше соответствует современным тенденциям развития Fast Track - хирургии, и позволяет в полной мере достичь хорошего результата реабилитации больных.

21. Разработка оптимального алгоритма диагностики и лечения при острой спаечной кишечной непроходимости

Калицова М.В., Тотиков В.З., Тотиков З.В., Медоев В.В.
Владикавказ

Северо-Осетинская государственная медицинская академия

Актуальность. По данным разных авторов, частота острой спаечной кишечной непроходимости составляет от 50 до 93,3% от всех видов механической непроходимости неопухолевого генеза. Летальность при этом достигает 16%.

Цель исследования. Разработка оптимального алгоритма диагностики и лечения больных с острой спаечной кишечной непроходимостью.

Материалы и методы. В клинике хирургии Северо-Осетинской государственной медицинской академии, за период с 1996 года, находилось на лечении 378 больных с острой спаечной кишечной непроходимостью. Особое внимание уделялось сокращению сроков обследования, прогнозированию течения заболевания и определению показаний к консервативному или оперативному лечению. Обследование начинали с клинических методов. Из специальных методов диагностики использовали обзорную рентгенографию и ультразвуковое исследование брюшной полости.

Результаты и обсуждение. В первые 30 минут от момента поступления у 5 (1,3%) больных диагностированы признаки странгуляции и перитонита и выставлены показания к оперативному лечению, сроки предоперационной подготовки были ограничены 2-3 часами. Остальным 373 (98,7%) больным проводился комплекс активной декомпрессионной терапии. Далее, через 6 часов, повторяли клиническое обследование, обзорную рентгенографию и ультразвуковое исследование брюшной полости. По динамике показателей прогнозировалось течение непроходимости и определялась дальнейшая тактика. Для этого использовалась разработанная в клинике классификация кишечной непроходимости. Так, для первой стадии характерно клиническое улучшение, на контрольной рентгенограмме - уменьшение площади газа над уровнем жидкости более чем на 30%, на контрольном ультразвуковом исследовании - уменьшение диаметра тонкого кишечника, увеличение толщины стенки кишечника, уменьшение объема секвестрированной жидкости, усиление кишечной перистальтики и исчезновение выпота в брюшной полости, если он определялся ранее. Первая стадия диагностирована у 319 (84,4%) больных. В данной группе больных декомпрессионная терапия была продолжена, вплоть до полного разрешения. Для второй стадии так же характерно клиническое улучшение, на контрольной рентгенограмме - уменьшение площади газа над уровнем жидкости менее чем на 30%, на контрольном ультразвуковом исследовании - сохранение диаметра тонкого кишечника, уменьшение толщины стенки кишечника, сохранение объема секвестрированной жидкости, ослабление кишечной перистальтики

и сохранение выпота в брюшной полости, если он определялся ранее. У больных со второй стадией – 31 (8,2%) больных, прогнозировалось персистирующее течение непроходимости, и выставлялись показания к оперативному лечению. Сроки предоперационной подготовки ограничивались 12 часами. При 3 стадии состояние больного ухудшалось, на контрольной рентгенограмме определялось нарастание площади газа над уровнем жидкости, на контрольном ультразвуковом исследовании – увеличение диаметра тонкого кишечника, уменьшение толщины стенки кишечника, нарастание объема секвестрированной жидкости, ослабление кишечной перистальтики, появление или нарастание выпота в брюшной полости. У больных с третьей стадией – 23 (6,1%), прогнозировалось прогрессирующее течение непроходимости, и выставлялись показания к оперативному лечению. Сроки предоперационной подготовки ограничивались 6 часами. 4 стадия – перитонит. Из 378 поступивших больных, оперировано только 59 (15,6%). В ближайшем послеоперационном периоде различные осложнения были выявлены у 16 (27,1%) больных, у 5 (8,5%) больных они привели к летальному исходу. Общая летальность составила 1,3%.

Выводы: разработанный алгоритм позволил прогнозировать течение непроходимости, конкретизировать показания к консервативному и оперативному виду лечения, определить длительность предоперационной подготовки в зависимости от эффективности проводимой декомпрессионной терапии, избежать ненужных оперативных вмешательств и снизить количество оперированных больных до 15,6%, а летальность при данной патологии до 1,3%.

22. Оценка эффективности ICG-навигации при лапароскопической холецистэктомии

Марийко В.А., Демченко И.Н., Третьяков О.В., Ившин М.В.
Тула

ФГБОУ ВО Тульский государственный университет, медицинский институт
Минздрава России

Лапароскопическая холецистэктомия (ЛХЭ) при заболеваниях желчного пузыря является хорошо разработанным хирургическим вмешательством, но у ряда больных эта операция сопряжена со значительными техническими трудностями. Нередкими в клинической практике остаются случаи несоответствия данных обследования пациентов с интероперационными находками в гепатобилиарной области. Частота повреждений желчных протоков при ЛХЭ остается на довольно высоком уровне: от 0,22-0,7. При аномальном расположении элементов печеночно-двенадцатиперстной связки, наличие склеротического процесса и инфильтрата важна визуализация желчных протоков с помощью использования флуоресценции.

Цель исследования: оценка эффективности использования флуоресцентного ICG-изображения при выполнении ЛХЭ.

Материалы и методы. Для достижения эффекта флуоресценции использовался краситель индоцианин зеленый (ICG) и набор оборудования фирмы "KARL STORZ", Германия. Видеосистема IMAGE 1 S стандарта FULL HD обеспечивала визуализацию в двойном режиме: в белом свете и флуоресцентном. Видеокамера подключается к ICG-лапароскопу, снабженному специальным фильтром для оптимальной передачи изображения ICG-флуоресцентной визуализации и стандартной визуализации в белом свете. Оборудование фирмы "KARL STORZ" позволяет быстро менять режимы визуализации и производить это многократно. ЛХЭ с использованием флуоресцентного ICG-изображения нами была выполнена у 16 пациентов, из них женщин 13 и 3 мужчин, средний возраст составил $57,5 \pm 1,3$ лет. По поводу хронического калькулезного холесцистаоперированы 11 больных и острого калькулезного холецистита – 5. У 6 пациентов ICG вводился внутривенно за 6-10 часов до операции в количестве 25 мг разведенных в 10 мл воды для инъекций. Во всех случаях была достигнута хорошая

визуализация внепеченочных желчных протоков, тогда как флуоресцентный фон печени был незначительным. У двух пациентов из данной группы ICG не поступил в желчный пузырь и пузырный проток из-за облитерации последнего. У 5 больных 25 мг ICG вводили внутривенно за 30-60 мин до выполнения ЛХЭ, при этом у 2 пациентов не была достигнута визуализация внепеченочных желчных протоков. Для достижения визуализации у этих больных во время ЛХЭ была выполнена пункция желчного пузыря, и после эвакуации желчи, вводили 5 мг ICG разведенных в 50 мл воды для инъекций. У всех больных этой группы имелась выраженная фоновая флуоресценция печени. В третьей группе пациентов, состоявшей из 5 человек, ICG вводился только в желчный пузырь после его пункции, при этом была достигнута хорошая визуализация пузырного протока, а у 2 больных ICG поступил в холедох. У 2 пациентов ICG в количестве 5 мг, разведенных в 50 мл воды для инъекций, был введен в желчные протоки через катетер, установленный в пузырном протоке. При введении ICG непосредственно в желчные протоки так же получено флуоресцентное ICG-изображение их. При использовании ICG не было отмечено аллергических реакций.

Обсуждение. Флуоресцентное ICG-изображение желчных протоков информативно и позволяет оценить анатомию желчевыводящих путей. Данная технология быстро и многократно воспроизводится во время операции, что является ее существенным преимуществом по сравнению с выполнением интраоперационных рентгенограмм. Оптимальным является введение ICG за 6-10 часов до операции, но дороговизна методики не позволяет использовать ее рутинно. Целесообразным является использование ICG-навигации при возникновении трудностей в процессе выполнения ЛХЭ, но внутривенное введение ICG во время операции требует 30-60 минут ожидания до накопления iCG в желчных протоках. Качество флуоресцентного ICG-изображения желчных протоков при внутривенном введении ICG во время операции обусловлено функциональным состоянием печени и выраженностью фоновой флуоресценции печени. Трудности в интерпретации ICG-изображения возникают при нефункционирующем желчном пузыре, когда ICG не поступает в желчный пузырь и пузырный проток. Наш небольшой опыт введения ICG непосредственно в желчный пузырь и желчные протоки показал, что достигается хорошая визуализация, позволяющая судить об особенностях анатомии желчевыводящих протоков. При отключенном желчном пузыре эффективным является дополнение внутривенного введения ICG введением этого препарата в желчный пузырь.

Таким образом, наш опыт показывает, что использование флуоресцентного ICG-изображения позволяет проследить расположение желчевыводящих путей при выполнении лапароскопических операций. При внутривенном введении ICG эффективность зависит от функционального состояния печени. Перспективным является введение ICG непосредственно в желчный пузырь и желчевыводящие протоки, так как эта методика может использоваться при непредвиденных трудностях во время выполнения холецистэктомии. Немаловажное значение имеет экономный расход ICG при непосредственном введении препарата в билиарные протоки. ICG-навигация при ЛХЭ имеет ряд существенных преимуществ, это обуславливает целесообразность ее применения в практическом здравоохранении.

23. Профилактика и лечение синдрома кишечной недостаточности при тяжелых язвенных кровотечениях из гастродуоденальной зоны

Климович И.Н., Маскин С.С., Абрамов П.В.
Волгоград

ФГБОУ ВО «Волгоградский государственный медицинский университет»
Министерства Здравоохранения Российской Федерации

Актуальность проблемы. Тяжелые язвенные кровотечения (ЯК) из гастродуоденальной зоны вследствие ишемически-реперфузионного повреждения

(ИРП), сопровождаются в 56-79% случаев формированием синдрома кишечной недостаточности (СКН). За счет повышения проницаемости «барьеров» кишечной стенки происходит потенцирование системного эндотоксикоза внутрикишечными токсинами, что способствует формированию системных дисфункций. Однако при этом известном факте до сих пор не определена направленность профилактики и лечения СКН у пациентов с тяжелыми кровотечениями из верхних отделов ЖКТ, что определяет необходимость проведения дальнейших клинических исследований.

Цель работы. Уточнить направления этиопатогенетической профилактики и лечения СКН при тяжелых ЯК из гастродуоденальной зоны и оценить их эффективность.

Материалы и методы. В исследовании приняли участие 145 больных с тяжелыми ЯК (III-IV ст. по Гостищеву В.К., 2008), находившихся на лечении в клиниках госпитальной хирургии ВолгГМУ с 2013 по 2019 г. Из них, 108 (74,5%) больных с язвой 12-перстной кишки и 37 (24,5%) с язвой желудка. У 131 (90,3%) пациента диагностирована III ст. тяжести кровотечения, у 14 (9,7%) - IV ст. У всех больных гемостаз достигнут эндоскопическими способами. Основную группу составили 76 (52%) больных, группу сравнения 69 (48%). Лечебно-профилактическая программа СКН в основной группе включала в себя: коррекцию окислительного «стресса» и воспалительной реакции в стенке кишки; внутрикишечную детоксикацию; коррекцию метаболических нарушений и регенерации в стенке кишки; защиту слизистой от ферментов поджелудочной железы, нормализацию внутрипросветной микрофлоры.

Результаты и обсуждение. В основной группе пациентов СКН развился в 36 (36/76 – 47%) случаях, что на 10% меньше, чем в группе сравнения - 39 (39/69 – 57%). Показатели эндотоксикоза у больных осложненных СКН в основной группе, принимали референсные значения на 2-3 суток раньше, чем у аналогичных пациентов из группы сравнения. В основной группе больных, осложненных СКН, развитие печеночно-почечной недостаточности удалось снизить на 15% - 25 (25/36 - 70%), в группе сравнения – 33 (33/39 - 85%). Летальность, связанная с СКН, уменьшилась на 12% (с 84% до 72%). Таким образом, на основании проведенных исследований у пациентов с тяжелыми ЯК из верхних отделов ЖКТ определены основные направления лечебно-профилактических мероприятий, которые способствуют быстрому восстановлению морфофункциональных нарушений кишечника после перенесенного ИРП.

Выводы. Уточнены основная направленность профилактики и лечения СКН у пациентов с тяжелыми ЯК, позволяющие в короткие сроки нивелировать проявления данного симптомокомплекса, снизить частоту его развития и связанную с ним летальность.

24. К вопросу об одноэтапных лапароскопических методах хирургического лечения больных неосложненным холедохолитиазом в сочетании с хроническим калькулезным холециститом

Тотиков В.З., Тобоев Д.В., Тотиков З.В.
Владикавказ

Северо-Осетинская государственная медицинская академия

Актуальность. По данным отечественной и зарубежной литературы желчнокаменная болезнь имеет место у каждого десятого жителя планеты, а холедохолитиаз встречается в 5-20% случаев. В связи с чем, проблема лечения больных с данной патологией по-прежнему остается актуальной для хирургических стационаров. За последние десятилетия приоритет в лечение данной группы больных отдается оперативным вмешательствам, выполненным с использованием новых миниинвазивных технологий. В тоже время нет единого мнения о выборе метода операции.

Цель исследования: анализ результатов одноэтапных лапароскопических методов хирургического лечения больных неосложненным холедохолитиазом, в сочетании с хроническим калькулезным холециститом.

Материал и методы. Работа основана на анализе результатов лечения 148 больных неосложненным холедохолитиазом в сочетании с хроническим калькулезным холециститом, находившихся в хирургических отделениях г. Владикавказа. Сроки наблюдения за больными составили от 1 года до 17 лет. Все пациенты поступили в плановом порядке без явлений механической желтухи и билиарной гипертензии. Из 148 пациентов 86 (58,1%) больным была произведена лапароскопическая холецистэктомия, холедохолитотомия, фиброхолангиоскопия, холедохостомия по Керу. У других 62 (41,9%) больных лапароскопическая холедохолитотомия завершилась глухим швом холедоха и дренированием по Холстеду. Противопоказаниями к выполнению лапароскопии считали нарушения в работе сердечнососудистой и дыхательной систем в фазе развития. Удаление дренажей Кера производили на 21 сутки с момента операции. При дренировании по Холстеду удаление дренажей проводили в сроки от 7 до 10 суток.

Результаты. Нами произведена оценка осложнений, возникших как непосредственно во время оперативного лечения, так и развившихся в ближайшем и отдаленном послеоперационном периоде. Оценка отделенных результатов основывалась на результатах анкетирования (опросного листа), УЗИ исследования и МР-холангиографии. Кроме того, повторные обращения оценивались по результатам проверки журналов госпитализации больных. Из 148 оперированных больных переход на лапаротомию осуществлен у 2 (1,6%) из-за интраоперационного повреждения внепеченочных желчных протоков. Еще у 2 (1,3%) пациентов выполнен переход на минилапаротомию, когда лапароскопическая холедохолитотомия оказалась неэффективной ввиду множественного холедохолитиаза и сложностях лапароскопической литоэкстракции. После удаления дренажа Кера на 21 сутки у 3 (2,0%) больных отмечено желчеистечение в свободную брюшную полость, что потребовало выполнения лапароскопии и дополнительного дренирования подпеченочного пространства. Через 8 месяцев у 1 (0,7%) больного развилась частичная (неполная) ограниченная стриктура холедоха, что потребовало продольного рассечения протока на месте стриктуры с поперечным ушиванием разреза из минидоступа. Необходимо отметить, что указанные осложнения в виде повреждения желчных протоков и развитие стриктуры отмечены на этапе освоения методики лапароскопической холедохолитотомии.

Заключение. Анализ ближайших и отдаленных результатов хирургического лечения показал, что лапароскопическая холедохолитотомия при наличии достаточного опыта является эффективным методом разрешения холедохолитиаза, сопровождается низким числом послеоперационных осложнений и хорошими отдаленными результатами лечения.

25. Лечение больных острым деструктивным панкреатитом с применением экстракорпоральных методов детоксикации

Назаров Д.Т., Климов А.Е., Мамедов С.Х., Бархударов А.А., Андреев С.С., Арсенян К.А.
Москва

Российский университет дружбы народов

Введение: острый деструктивный панкреатит (ОДП) - это острый воспалительный процесс в поджелудочной железе, захватывающий окружающие ткани, сопровождающийся синдромом системного воспалительного ответа, высоким риском полиорганной недостаточности (ПОН) и летальности, с преобладанием лиц трудоспособного возраста. Не смотря на разработанные методики лечения и операции у больных сохраняется высокая летальность, которая при панкреонекрозе составляет 10 - 90 %. Современный подход к лечению ОДП носит многокомпонентный характер, в зависимости от степени тяжести, стадий заболевания и развившихся осложнений, которая включает проведение консервативного лечения с применением

экстракорпоральных методов детоксикации (ЭКМД), малоинвазивных лапароскопических и дренирующих вмешательств под контролем ультразвука.

Цель исследования: улучшить результаты лечения больных острым деструктивным панкреатитом тяжелой степени с использованием ЭКМД.

Материал и методы исследования: проведен анализ 84 больных с ОДП находившихся на лечении в клинике факультетской хирургии Российского Университета Дружбы Народов на базе городской клинической больницы имени В.В. Виноградова, г. Москвы, в возрасте от 18 до 80 лет, с 2010 по 2015 г. Среди больных было 66 мужчин (78,6%) и 18 женщин (21,4%). С целью оценки влияния ЭКМД на течение ОДП пациенты были разделены на две группы: в первую (I) основную группу вошли 50 пациентов (59,5%), которым наряду с медикаментозной терапией и оперативным лечением проводились ЭКМД. Во вторую (II) контрольную группу вошли 34 пациента (40,5%), которым ЭКМД не проводились. Исследование было нерандомизированным, методы детоксикации не проводились больным только в первый период исследования и при отсутствии технической возможности проведения этой методики лечения. Группы были сравнимы по полу, возрасту, этиологии, давности и тяжести течения ОДП. Всем больным проведен одинаковый диагностический комплекс и стандартная консервативная терапия.

Результаты: эффективность ЭКМД оценивали по показателям динамики лабораторных данных: общий анализ крови, общий анализ мочи, биохимический анализ крови, по инструментальным данным (УЗИ, КТ, МРТ), выполненным операциям, количеству инфекционных осложнений, длительности пребывания в стационаре, летальных исходов. У пациентов I группы, после применения сеанса ЭКМД, снижался уровень лейкоцитов, палочкоядерных нейтрофилов и лимфоцитов, лабораторных показателей воспалительной реакции (CRP, пресепсин). Снижение этих показателей в I группе до нормальных цифр (среднее значение $10,6 \pm 2,4$) произошло к 7-м суткам. Во II группе эти показатели сохранялись повышенными в течение всего анализируемого срока. В биохимическом анализе крови статистически значимо отмечались изменения уровня мочевины, креатенина, белка, билирубина, АСТ, АЛТ, ЩФ, амилазы. На 1-2-е сутки отмечено, что количество мочевины, ЩФ, креатенина, амилазы крови у больных обеих групп остается выше нормальных значений. На 3-5-е сутки отмечено, что количество креатенина, мочевины, ЩФ, амилазы крови в I группе снизился, на 10,1% по сравнению с II группой. На 5-7-е сутки в I группе отмечено снижение количества вышеуказанных показателей до нормальных значений на 20,9% по сравнению с II группой. На третьи сутки в группе I отмечено снижение общего билирубина на 45,2%, АЛТ на 32,2%, АСТ на 34,5% по сравнению с II группой. При анализе полученных результатов исследования в динамике удалось выявить, что раннее применение ЭКМД в комплексном лечении панкреонекроза обеспечивает снижение лабораторных признаков эндотоксикоза в I группе на 30-50% по сравнению со II контрольной группой. В I группе больных осложнения: парапанкреатический инфильтрат 4(8%), флегмона брюшинного пространства 5(10%), ПОН 12(24%), аррозивное кровотечение 1(2%), абсцесс сальниковой сумки 1(2%), наблюдались в 23(46%) случаев. У 7 больных наблюдалось более одного осложнения. Во II группе больных осложнения: парапанкреатический инфильтрат 4(11,8%), флегмона брюшинного пространства 8(23,5%), ПОН 17(50,0%), аррозивное кровотечение 2(5,9%), абсцесс сальниковой сумки 2(5,9%), панкреатогенный шок 1(2,9%) наблюдались в 26(76,4%) случаев, и у всех больных было более одного осложнения. В исследуемых группах умерли 29 пациентов, общая летальность составила 34,5%. В I группе, которым проводились ЭКМД летальность составила 12(24%) и наблюдались в сроки 35 ± 4 дней, причинами летальных исходов послужило во всех 12-и случаях ПОН с присоединением пневмонии, сепсиса, аррозивного кровотечения, флегмоны брюшинного пространства. Во II группе летальность составила 17(50%) в сроки $19 \pm 1,5$ дней, причинами во всех 17-и случаях ПОН с присоединением пневмонии, сепсиса, аррозивного кровотечения, флегмоны брюшинного пространства, абсцесса сальниковой сумки, панкреатогенного шока.

Выводы: использование ЭКМД у пациентов с тяжёлыми формами ОДП достоверно помогает ускорить нормализацию лабораторных показателей, клинических проявлений синдрома эндогенной интоксикации и ПОН, количество осложнений в I группе 16(32%), во II группе 26(76,4%), и к снижению летальности в I группе 12(24%), во II группе 17(50%).

26. Опыт лечения ран различной этиологии с применением вакуум-терапии

Галашокян К.М., Черкасов М.Ф., Старцев Ю.М., Черкасов Д.М., Помазков А.А.,
Перескоков С.В., Лукаш А.И., Меликова С.Г.
Ростов-на-Дону
ФГБОУ ВО РостГМУ Минздрава России

Актуальность проблемы. Среди всех хирургических больных раневая инфекция встречается у 35 – 45%, сроки лечения которых значительно превышают среднестатистические. В структуре заболеваемости пациенты с длительно незаживающими ранами занимают от 1 % до 4 %, что связано с интеркуррентной патологией и локализацией патологического процесса. В условиях современной страховой медицины особое значение приобретает поиск методов оптимизации лечения подобных больных.

Цель работы. Определение эффективности применения вакуум-терапии при лечении ран различной этиологии в многопрофильном лечебном учреждении.

Материалы и методы. За период с 2013 по 2019 годы в клинике ФГБОУ ВО РостГМУ Минздрава России метод вакуум-терапии применен у 68 больных с острыми и хроническими ранами, курированных в хирургическом, травматологическом и гинекологическом отделениях. Преобладали мужчины – 57 (83,8%), женщин было 11 (16,2%), средний возраст составил 44,3±2,4 лет. Структура заболеваний включала: 1) стерномедиастинит (n=3); 2) осложнения после маммопластики (n=2); 3) пищеводные свищи после эзофагокардиомиотомии, фундопликации и иссечения дивертикула пищевода (n=3); 4) аллогерниопластика (n=3); 5) раневые осложнения после лапаротомий (n=13); 6) раны после иссечения эпителиального копчикового хода (n=36); 7) пролежни (n=3); 8) осложненные раны в травматологии (n=5). Проявления системной воспалительной реакции отмечены у 16 (23,5 %) больных, сопутствующая патология выявлена у 28 (41,2 %) больных. Микробиологический спектр ран был представлен полимикробной микрофлорой с контаминации от 10³ до 10⁸ КОЕ/мл. Пациентам проводилась локальная вакуум-терапия с использованием сертифицированного оборудования: аппарат Suprasorb CNP 1 (Lohmann & Rauscher International GmbH & Co. KG, Германия), VACFreedom (KCI, Kinetic Concepts inc., США) и ATMOS S042 NPWT/VivanoTec (Medicine Technik GmbH & Co. KG, Германия). Программа лечения включала: хирургическую обработку очага инфекции, выполненную у 61 (89,7 %) пациента, коррекцию метаболических расстройств и антибиотикотерапию широкого спектра с переходом на этиотропную. Комплексное лечение с последующим оперативным закрытием дефекта мягких тканей (наложение вторичных швов, кожная пластика) после перехода раневого процесса в репаративную стадию выполнено у 14 (20,6 %). Для оценки результатов лечения анализировались параметры: клиническое заживление ран, цитологическое исследование мазков из раны, планиметрические показатели (площадь раны, скорость заживления ран), потребность в перевязках, комплаентность пациента к проводимому лечению.

Результаты и обсуждение. Вакуум терапию начинали на 2-е сутки после хирургической обработки ран у 36 (52,9 %) пациентов, на 3-7 – у 21 (30,9 %), у остальных 11 (16,2 %) больных – в более поздние сроки. Длительность вакуум-терапии составила 7 – 20 суток. Пациентам проводили круглосуточную вакуум-терапию по оригинальной схеме в переменном режиме с дифференцированным выбором давления в зависимости от раневой фазы (Патент РФ № 2559936). Смену дренажной повязки выполняли каждые

3 – 4 суток после начала вакуум-терапии, в среднем потребовалось 4 – 5 перевязок. Очищение ран от некрозов и появление грануляций наступало на 7,6 сутки. При цитологическом исследовании с 8-ого дня вакуумной терапии уменьшалось воспаление у 54 (79,4%) пациентов, с 12 суток в 21 (30,9%) наблюдении определялись регенераторные цитограммы, к 16 дню в 40 (58,8%) наблюдениях в ране отмечались регенераторные процессы. Установлено, что в первые 16 суток лечения площадь ран уменьшалась в 2,6 раз, что способствовало сокращению сроков заживлению послеоперационных ран. Системная воспалительная реакция у пациентов купировалась в среднем на 5 сутки, сроки применения антибактериальной терапии составили 7 – 9 суток. Отрицательных результатов применения данного способа и клинически значимого болевого синдрома не отмечено, кровотечения, потребовавшие изменения тактики лечения, возникли у 3 (4,4 %) пациентов на этапе внедрения методики. Отсутствие частых болезненных перевязок способствовало лучшей переносимости лечения, случаев прерывания вакуум-терапии вследствие отказа пациента не зафиксировано. Повторных операций и этапных некрэктомии ни в одном наблюдении не отмечено. Пациенты выписывались на 9 – 21 сутки с момента госпитализации, средние сроки полного заживления ран совпали со сроками временной нетрудоспособности и составили 22 – 30 дней, что в 1,5 – 2 раза меньше, чем при традиционном «открытом» лечении ран.

Выводы. Таким образом, применение вакуум-терапии в условиях многопрофильного стационара является эффективным, так как улучшает результаты лечения пациентов с гнойно-воспалительными заболеваниями мягких тканей за счёт сокращения сроков полного заживления ран и временной нетрудоспособности больных, снижения количества перевязок (особенно при ранах с выраженной экссудацией), сопровождаясь хорошей комплаэнтностью.

27. Дифференцированный подход к лечению эпителиального копчикового хода

Лаврешин П.М.¹, Гобеджишвили В.К.¹, Гобеджишвили В.В.², Омарова А.М.², Сафаров Н.В.¹

¹Ставрополь, ²Москва

¹ФГБОУ ВО «Ставропольский государственный медицинский университет»

²ФГАОУ ВО Первый московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский университет)

Актуальность проблемы. Эпителиальный копчиковый ход (ЭКХ) в структуре заболеваний занимает четвертое место после парапроктита, геморроя и анальной трещины. Этой патологией страдает 0,5% взрослого населения в возрасте 20-40 лет, занимающегося, преимущественно, физическим трудом. Результаты хирургического лечения эпителиального копчикового хода по-прежнему остаются неутешительными. Об этом свидетельствуют высокий процент послеоперационных осложнений, который, по данным подавляющего большинства исследователей, достигает 22%-31%, а длительный срок послеоперационного периода приводит к временной утрате трудоспособности пациентов относительно молодого возраста до 21-31 дней. У 10-20% пациентов после различных операций возникают рецидивы заболевания.

Цель – путем оптимизации хирургической тактики улучшить результаты лечения больных эпителиальным копчиковым ходом (ЭКХ).

Материал и методы. Под нашим наблюдением находилось 230 больных ЭКХ. Патологический процесс у оперированных больных локализовался в межъягодичной складке и не более 3см в стороне от нее. Подавляющее большинство — 208 (90,4%) были в возрасте от 17 до 53 лет. Среди больных преобладали лица мужского пола, и что подавляющее большинство пациентов находились в наиболее активном и трудоспособном возрасте. Соотношение мужчин и женщин составило примерно 3:1. Среди наблюдавшихся нами больных 164 (71,3%) составили лица, занимавшиеся

физическим трудом или имевшие сидячий характер работы. Средняя продолжительность заболевания - 2,2 года, причем, в течение первого года болезни обратились 118 (51,3%) пациентов. Контрольную группу составили 102 больных, оперированных традиционно. В основную вошли 128 пациентов, у которых осуществлен дифференцированный подход к лечению. Все больные оперированы под спинномозговой анестезией. Первым этапом операции у больных 1 и 2 группы проводили иссечение ЭКХ, патологически измененных тканей в пределах здоровых тканей. Вторым этапом в контрольной группе при отсутствии воспаления в области ЭКХ у 33 (32,3%) больных после его иссечения рану ушивали наглухо вертикальными матрасными швами Донати. При наличии воспаления в копчиковом ходе и межъягодичной складке у 62 (60,8%) больных края раны подшивали к ее дну. У 7 (6,9%) оперированных с выраженным воспалением тканей в ЭКХ, межъягодичной складки и окружающих ее тканях рану оставляли открытой. В последующем она заживала вторичным натяжением. Выбор метода закрытия раны у больных второй группы зависел не только от интенсивности и распространенности воспалительного процесса, но и от высоты стояния ягодиц. Во время операции у больных второй группы во всех вариантах операций применяли внутрикожный косметический шов синтетическим рассасывающимся материалом (ПГА – 4). Плоская конфигурация ягодиц была у 34 (26,6%). При отсутствии воспалительного процесса в тканях у 26 (20,3%) больных послеоперационная рана ушивалась наглухо путем внутрикожной фиксации краев раны с захватом ее дна. У 8 (6,3%) с наличием воспаления в ЭКХ и окружающих ее тканях края раны подшивались к ее дну. Нить в области краев раны проводилась также внутрикожно без захвата эпидермиса. У 66 (51,6%) больных была средняя конфигурация ягодиц. Независимо от наличия или отсутствия воспаления в ЭКХ после иссечения патологически измененных тканей, клиновидно иссекали подкожную клетчатку по периметру раны. Затем путем внутрикожного проведения нити края раны низводили и фиксировали к ее дну. Высокое стояние ягодиц наблюдали у 28 (21,8%) больных. У 15 (11,7%) больных с отсутствием воспалительного процесса в ЭКХ и окружающих тканях, послеоперационная рана закрывалась по следующей методике: нитью на 2/3 глубины раны ушивается подкожная клетчатка, затем концами этой же нити с обеих сторон внутрикожно захватываются края раны, которые низводятся и фиксируются к дну частично ушитой раны. По окончании операции формируется вновь образованная межъягодичная складка. У 13 (10,1%) больных с воспалительным процессом в ЭКХ и окружающих его тканях после иссечения копчикового хода в одном блоке с кожей и пораженной воспалительным процессом подкожной клетчаткой мобилизовали края раны, затем без натяжения их низводили и подшивали к ее дну. В послеоперационном периоде для ускорения сроков заживления раны и формирования мягкого эластичного рубца применяли среднечастотный ультразвук, КВЧ – терапию.

Результаты и обсуждение. В раннем послеоперационном периоде из 102 больных контрольной группы наблюдались осложнения у 19 (18,6%): нагноение раны у 8 (7,8%), развитие в ране воспалительного инфильтрата у 5 (4,9%), некроз кожи в области краев раны у 6 (5,9%) с последующим их отхождением от дна раны у 3 (2,9%) больных. У 11 (10,8%) наблюдалось формирование гипертрофических рубцов, сопровождавшихся явлениями дискомфорта в ягодично – крестцовой области. Из 128 больных основной группы осложнения отмечены у 6 (4,7%) больных: нагноение раны у 2 (1,6%), развитие в ране инфильтрата у 4 (3,1%). Отдаленные результаты лечения больных от 1 года до 8 лет прослежены у 116 (90,6%) больных контрольной и у 102 (98%) основной группы. В контрольной группе рецидивы заболевания возникли у 11 (9,5%) оперированных. В основной рецидив возник у 1 (0,9%) больного.

Вывод. Дифференцированный подход к выбору метода оперативного вмешательства с учетом стадии заболевания, особенностей топографо-анатомического строения ягодично-крестцово-копчиковой области и применение внутрикожного шва с использованием рассасывающегося шовного материала ПГА-4 позволяет значительно улучшить непосредственные и отдаленные результаты лечения больных эпителиальным копчиковым ходом.

28. Определение факторов риска развития внутрибрюшных спаек после аппендэктомии

Лаврешин П.М.¹, Гобеджишвили В.К.¹, Гобеджишвили В.В.², Омарова А.М.², Сафаров Н.В.¹

¹Ставрополь, ²Москва

¹ФГБОУ ВО «Ставропольский государственный медицинский университет»

²ФГАОУ ВО Первый московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский университет)

Актуальность проблемы. До настоящего времени нет эффективных средств борьбы с развитием патологического спайкообразования, имеются лишь единичные сообщения о профилактике формирования внутрибрюшных сращений после аппендэктомии, они разрознены, не систематизированы.

Цель работы – выявления прогностических критериев развития внутрибрюшных спаек у больных после аппендэктомии.

Материал и методы. Проанализированы некоторые показатели у 53 прооперированных пациентов с острым аппендицитом (ОА) с верифицированными внутрибрюшными спайками. Спаечный процесс в брюшной полости у 36 (67,9%) человек выявлен при УЗИ исследовании, у 11 (20,8%) – при компьютерной томографии, у 6 (11,3%) – во время операций, перенесенных по поводу другой патологии органов брюшной полости. Контрольную группу составили 53 человека, у которых после операции по поводу острого аппендицита сращений в брюшной полости выявлено не было.

Результаты и обсуждение. ИМТ в интервале 18,5 – 24,9 из 106 больных обеих групп имели 54 (43,4%) человека. Избыточную массу тела имели 22 (20,8%) пациента. Ожирение Па и Пб степеней выявлено у 30 (28,3%) больных, перенесших аппендэктомию. У пациентов с недостаточной или нормальной массой тела послеоперационный спаечный процесс в брюшной полости встречался на 22,6% реже, чем среди больных, у которых внутрибрюшных спаек не было. Из 53 пациентов с внутрибрюшными спайками в первые 6 часов от появления болей в животе были госпитализированы 20 (37,8%) человек, от 7 до 12 часов – 14 (26,4%) больных, от 13 до 24 часов – 13 (24,5%) и более чем через сутки – 6 (11,3%) оперированных. Чем более поздняя обращаемость больных за медицинской помощью, тем чаще диагностировался гангренозный ОА: до 6 ч – 10,0%; 7-12 ч – 21,4%; 13-24 ч – 30,7% и после суток – 50,0% случаев. При верификации острого флегмонозного аппендицита динамика обратная: до 6 ч – 74,5%; 7-12 ч – 67,6%; 13-24 ч – 57,1% и после суток – 54,5% случаев. Различия в постановке диагноза катаральный ОА в разные временные периоды недостоверны ($P > 0,05$). Среди больных ОА в обеих группах преобладали пациенты в возрасте 20-29 лет – 19 (35,8%). Приблизительно с одинаковой частотой заболевание встречалось у пациентов возрастных групп 30-39 лет и 40-49 лет – 15,1% и 18,9%, соответственно. Меньше всего заболевание диагностировано у больных пожилого возраста – 4 (7,5%) человек. Статистически достоверной разницы возникновения внутрибрюшных сращений после аппендэктомии в сравниваемых возрастных интервалах нами не выявлено. Мужчин было 17 (32,1%), женщин – 36 (67,9%). Соотношение мужчин и женщин составило примерно 1:2,1. Различия по гендерному признаку и по встречаемости разных форм ОА в сравниваемых группах статистически недостоверны ($P < 0,05$). Из 53 обследованных без спаек в брюшной полости у 29 (54,7%) пациентов выявлено 34 сопутствующих заболевания: ИБС, стенокардия напряжения – 10 (18,8%) раз, гипертоническая болезнь – 8 (15,1%) раз, хронический холецистит – 6 (11,3%) раз, сахарный диабет – 5 (9,4%) раз, язвенная болезнь желудка, гастрит – 3 (5,7%) раза, гинекологическая патология – 2 (3,8%) раза. У 53 человек с внутрибрюшными спайками после перенесенной ранее аппендэктомии имелось 72 сопутствующих заболевания.

Чаще диагностировались склонность к избыточному рубцеобразованию – 17 (32,1%), заболевания пищеварительного тракта – 13 (24,5%), аллергия и системные заболевания соединительной ткани – по 11 (20,8%) раз. Значительно реже (по 3-5случая) выявлялись заболевания женской половой сферы, ИБС, гипертоническая болезнь, сахарный диабет, патология легких. Сравнивая характер сопутствующих заболеваний у этих двух групп больных, следует отметить, что у пациентов с внутрибрюшными спайками их было в 2,1 раза больше. При осмотре внешние фенотипические проявления СДСТ, дающие суммарно более 13 баллов в группе пациентов без спаек выявлены у 27 (50,9%) человек, а у пациентов с внутрибрюшными спайками – только у 14 (26,4%). При изучении протоколов операций у пациентов с внутрибрюшными спайками после перенесенной аппендэктомии получены следующие данные: в правой подвздошной ямке червеобразный отросток локализовался у 32 (60,4%), ретроцекально – у 7 (13,2%), в малом тазу – у 6 (11,3%), ретроперитонеально – у 5 (9,4%) и под печенью – у 4 (7,5%). В группе контроля типичная локализация аппендикулярного отростка имела место у 41 (77,4%) оперированных. В остальных случаях его обнаруживали: в малом тазу и ретроцекально – по 4 (7,5%) раза, ретроперитонеально и в подпеченочном пространстве – по 2 (3,7%) раза. Подавляющее большинство обследованных имели быстрый ацетиляторный фенотип – 49 (92,5%) человек. Развитие спаечного процесса еще у 5 (7,5%) оперированных медленным типом ацетилирования их было связано с возникшими послеоперационными осложнениями. Средний процент ацетилирования у больных со спайками составил: $6,31 \pm 0,23\%$, у пациентов без спаек - $42,7 \pm 1,25\%$ - при медленном.

Выводы: 1. Полученные данные свидетельствуют о том, что нет статистически значимой зависимости развития внутрибрюшных спаек от характера изменений в червеобразном отростке. 2. На предрасположенность к развитию послеоперационных внутрибрюшных спаек указывают: из не контролируемых факторов риска – ожирение; из неконтролируемых - результаты определения ацетиляторного статуса, склонность к избыточному рубцеобразованию, аллергия, заболевания пищеварительного тракта, отсутствие у пациентов СДСТ.

29. Использование мультиспиральной КТ в диагностике послеоперационных осложнений

Стебунов С.С., Крученюк И.Ю., Косарева А.А.

Минск, Республика Беларусь

ГУ Минский НПЦ хирургии, трансплантологии и гематологии

Актуальность. Мультиспиральная компьютерная томография (МСКТ) является одним из ведущих современных методов визуализации, позволяющих вовремя выявить возникшие осложнения, как ранние, так и отдаленные, и оценить результаты хирургического лечения. МСКТ является наиболее информативным методом для исследования данных пациентов, т.к. большая масса тела и количество подкожной жировой клетчатки снижает точность и затрудняет проведение других методов медицинской визуализации, таких как рентгенологическое исследование и ультразвуковое исследование органов брюшной полости. В раннем послеоперационном периоде компьютерная томография позволяет выявить различные осложнения, наиболее острые из которых – несостоятельность анастомоза, кишечная непроходимость, абсцессы и жидкостные затёки в брюшную полость, тромбоз глубоких вен, грыжи живота, в т.ч. и внутренние грыжи, грыжи пищеводного отверстия диафрагмы, расширение пищевода, инфекции области хирургического вмешательства и др.

Материал и методы. В период с июня 2014 г. по август 2018 г. в клинике было проведено 170 различных видов бариатрических операций с целью снижения массы тела у пациентов, страдающих ожирением 1-3 степени. В исследование включены 37 пациентов - 11 мужчин (30%) и 26 женщин (70%), в возрасте от 18 до 64 лет, медиана возраста 42 года (36-52), которым выполнили различные виды бариатрического

хирургического лечения: 19-ти пациентам (51,4%) была проведена слив-резекция желудка, 13-ти (35,1%) – минигастрошунтирование, одному (2,7%) – гастропликация, одному (2,7%) – шунтирование желудка с гастроеноанастомозом по Ру, трем пациентам (8,1%) было проведено комбинированное хирургическое лечение. Вовремя бариатрического хирургического вмешательства двоим пациентам также была выполнена холецистэктомия, одному пациенту – передняя крурорафия, одному – грыжесечение пупочной грыжи. Для диагностики послеоперационных осложнений пациентам этой группы проводилась МСКТ органов брюшной полости с пероральным контрастированием по стандартным протоколам (аппарат Toshiba Aquilion One 640). Параметры сканирования: толщина среза - 1 мм, матрица изображения - 512x512, напряжение на трубке - 120 кВ, сила тока - 100 мАс. С помощью постобработки КТ-данных на рабочей станции также проводилась волюметрия культи желудка, оценка состояния анастомозов и внутренних органов, оценка количества подкожно-жировой клетчатки для дальнейшего сравнения в позднем послеоперационном периоде и оценки результатов лечения в будущем.

Результаты и обсуждение. Из включенных в исследование 37 пациентов 31 пациенту было проведено одно КТ-исследование в раннем послеоперационном периоде, 3 пациентам – два КТ-исследования, двоим – 4 КТ-исследования, одному – 5 КТ-исследований. У 7 пациентов были выявлены ранние послеоперационные осложнения: у 3 пациентов после слив-резекции желудка и после гастропликации была выявлена несостоятельность зоны ушивания желудка, причем из них у одного пациента – с формированием неполного желудочного свища, кишечного свища, с инфицированным затеком переднебоковой брюшной стенки и брюшной полости, перитонитом и инфицированием области хирургического вмешательства, у второго пациента - с перфорацией культи желудка и разлитым серозно-фибринозным перитонитом, у третьего пациента - с перфорацией культи желудка, разлитым фибринозно-гнойным перитонитом и плевритом с выпотом слева. У одного пациента после минигастрошунтирования были выявлены синдром приводящей петли и инфицирование области хирургического вмешательства. У 3 пациентов после слив-резекции желудка и после комбинированного хирургического лечения были выявлены гематома или жидкостное скопление парагастрально без признаков несостоятельности зоны ушивания желудка. Также у 2 пациентов в послеоперационном периоде были выявлены грыжи пищеводного отверстия диафрагмы, которые не были диагностированы до операции и интраоперационно. 4 пациентам из семи по поводу осложнений было проведено повторное оперативное вмешательство.

Выводы. Ранний послеоперационный период после бариатрического хирургического лечения опасен развитием жизнеугрожающих осложнений, которые должны быть вовремя диагностированы. Самым частым и самым грозным осложнением является несостоятельность зоны ушивания желудка, что влечет за собой, в большинстве случаев, повторное оперативное вмешательство. МСКТ на сегодняшний день является эталонным методом исследования, позволяющим комплексно оценить анатомические особенности каждого человека, выявить сопутствующие заболевания и вовремя диагностировать ранние послеоперационные осложнения.

30. Особенности лечения пациентов холедохолитиазом осложненной механической желтухой

Магомедов М.М., Магомедов Х.М.
Махачкала

ФГБОУ ВО «Дагестанский Государственный Медицинский Университет»

Актуальность. Современная тенденция развития подходов к лечению больных механической желтухой заключается в стремлении более широкого применения

малоинвазивных методов, позволяющих добиться оптимального результата при минимальной операционной травме.

Цель исследования. Улучшение результатов лечения больных с осложненным течением желчнокаменной болезни с применением эндоскопической папиллосфинктеротомии.

Материалы и методы. Анализированы результаты лечения 188 пациентов холедохолитиазом механической желтухой. Соотношение мужчин и женщин составило 1:3. Возраст больных от 27 до 83 лет, при этом преобладали пациенты старше 60 лет (65%), отягощенные различными сопутствующими заболеваниями и высокой степенью операционного риска. Это требовало проведения хирургического вмешательства в два этапа.

Результаты. Из 188 больных у 53 (28,2%) больных эндоскопические операции были выполнены по поводу резидуального или рецидивного холедохолитиаза, у 135 (71,8%) – желчнокаменной болезни, осложненной холедохолитиазом и механической желтухой. На первом этапе с целью определения причины и уровня обтурации желчных путей всем больным была выполнена ретроградная холангиопанкреатография с последующей эндоскопической папиллосфинктеротомией (ЭПСТ). Из общего числа (188) наблюдений у 58 (30,8%) пациентов возраста в виду тяжелой сопутствующей патологии ЭПСТ была единственным методом вмешательства. У остальных 130 (69,2%) хирургическое лечение выполняло в два этапа. При этом у 85 пациентов ЭПСТ выполнена типичным канюляционным методом, при котором холедохолитоэкстракция конкрементов производилась с помощью корзины Дормиа, у 10 пациентов отмечено самостоятельное отхождение конкрементов в течение 3–5 сут. В 88 (46,8%) случаях имело место сочетание папиллостеноза и холедохолитиаза, у 16 (18,5%) пациентов – вклиненный камень ампулы БДС. В этих случаях ЭПСТ выполнена атипичным способом. После купирования желтухи и проведения контрольного УЗИ органов брюшной полости, как второй этап, этой группе больных была выполнена плановая лапароскопическая холецистэктомия. Осложнения в виде кровотечения из папиллотомии, острого панкреатита после ЭПСТ наблюдалось у 15 пациентов (7,8%). Умерло 2 больных от развившегося панкреонекроза, что составило 1,1% летальности. После лапароскопической холецистэктомии осложнений не было.

Заключение. Применение эндоскопической папиллосфинктеротомии у пациентов холедохолитиазом осложненной механической желтухой, является альтернативным методом решения данной проблемы на современном этапе, особенно у лиц с высокой степенью операционного риска. У пациентов, перенесших ранее операции на желчных путях с резидуальными конкрементами, ЭПСТ позволяет избежать повторных оперативных вмешательств.

31. Фекальный лактоферрин в дифференциальной диагностике острого аппендицита

Зурнаджьянц В.А., Кчибеков Э.А., Луцева О.А., Коханов А.В.

Астрахань

ФГБОУ ВО Астраханский ГМУ Минздрава России

Актуальность. Клиническая картина острого аппендицита (ОА) имеет большое число различных вариантов, что в ряде случаев затрудняет правильную диагностику этого заболевания. По этой причине удельный вес диагностических ошибок остается высоким, составляя на догоспитальном этапе от 20,8 до 39,4 %, а в хирургических стационарах – от 7,8 до 29,6 %. Применение для диагностики шкалы Альварардо, КТ и УЗИ снижает долю диагностических ошибок до 3-8%, но зависит от квалификации специалиста и наличия соответствующего оборудования в стационаре. «Золотым» стандартом диагностики ОА являются видеолапароскопические методики, однако их применение ограничивается особенностями анатомо-топографического расположения

червеобразного отростка, наличием рубцов после ранее перенесенных полостных операций и, как правило, невозможно в хирургических стационарах районного масштаба. Наиболее перспективным дополнением к существующим методам диагностики острого аппендицита для хирургической клиники любого звена могут стать биохимические экспресс-тесты. С помощью экспресс-тестов на специфические сывороточные биомаркеры на сегодняшний день уже достаточно достоверно можно отдифференцировать ОА от ранней трубной беременности и острого панкреатита. Однако, аналогичные эффективные тесты для дифференциальной диагностики ОА и другой острой патологии, симулирующей клинику ОА, не производятся. Учитывая тот факт, что ОА в 16-18% случаев протекает под маской правосторонней почечной колики (ППК), актуальна разработка биохимического экспресс-теста для их дифференциальной диагностики. В этом случае на роль биохимического индикатора может претендовать сывороточный белок лактоферрин (ЛФ), концентрация которого увеличивается в фекалиях при воспалительных процессах в кишечнике, а в моче ЛФ обнаруживается только у пациентов с патологией почек. Наборы для экспресс-определения ЛФ методом ИФА производятся многими отечественными фирмами и доступны лабораториям любого уровня.

Материалы и методы. С целью оценки эффективности тестов на уро-ЛФ и фекальный ЛФ для дифференциальной диагностики ОА и ППК нами обследованы три группы пациентов, поступивших в экстренном порядке в ГБУЗ АО «Городская клиническая больница №3» г. Астрахани. Первую группу составили 62 больных с гистологически верифицированным ОА, в том числе 17 больных с катаральным, 31 – с флегмонозным и 14 – с гангренозным аппендицитом. Вторую группу составили 30 пациентов с диагнозом «Правосторонняя почечная колика». Болевой синдром у 17 больных был связан с мочекаменной болезнью, у 10 больных – с острым пиелонефритом и у 3 пациентов с приступом почечной колики на фоне нефроптоза. На заключительном этапе работы была сформирована третья группа из 22 больных с неясной клинической картиной острого аппендицита. Для сопоставления полученных результатов с нормой была сформирована контрольная группа из 16 доноров. В моче и 1% фекальной эмульсии всех обследованных определяли концентрацию ЛФ с помощью набора реагентов для ИФА Лактоферрин – стрип ЗАО «Вектор-Бест» г. Новосибирск, чувствительность метода 20 нг/мл. Для оценки диагностической информативности полученных значений определяли чувствительность и специфичность тестов с помощью ROC-анализа.

Результаты и обсуждение. Концентрация ЛФ в фекальной эмульсии доноров составила $46 \pm 4,5$ нг/мл, а в их моче $28 \pm 3,2$ нг/мл. У пациентов с ОА при поступлении уровни ЛФ в моче не отличались от нормы, а в кале они были достоверно выше ($p < 0,01$) в 3,1 раза – при катаральном, в 5,6 раза – при флегмонозном и в 7,5 раза – при гангренозном ОА. У пациентов, поступивших с приступом почечной колики наоборот не отличались от нормы уровни ЛФ в кале, а в моче они были достоверно выше ($p < 0,01$) в 5,8 раза – при мочекаменной болезни (МКБ), в 30 раз – при остром пиелонефрите и в 9,9 раза – при почечной колике, вызванной нефроптозом. ROC-анализ показал высокую эффективность двойного определения и-ЛФ и f-ЛФ ($AUC = 0,985$) для дифференциальной диагностики ОА. На основе одновременного определения уро-ЛФ и фекального ЛФ разработан «Способ диагностики острого аппендицита с клинической симптоматикой, имитирующей правостороннюю почечную колику» (Патент РФ на изобретение № 2684727 от 28.02.19). Разработанный двойной тест на ЛФ позволил провести дифференциальную диагностику острого аппендицита и правосторонней почечной колики у больных с неясной клинической картиной ОА. Из 22 больных этой группы у 15 пациентов подтвердился острый аппендицит, а у 7 больных снят диагноз острого аппендицита и выставлен диагноз МКБ или острый пиелонефрит.

Выводы. В случае неясной клинической картины ОА необходимо выполнить анализ кала на фекальный ЛФ. При обнаружении в кале пациента (в 1% фекальной эмульсии) ЛФ в концентрации выше 80 нг/мл, а ЛФ мочи в концентрации, не превышающей 60

нг/мл, диагностируют острый аппендицит и исключают острую правостороннюю патологию почек с вероятностью 98,5%. Сочетанное определение ЛФ в двух биологических объектах: фекалиях и моче гарантирует высокую специфичность дифференциальной диагностики ОА и ППК.

32. Наш опыт создания хирургических робототехнических систем

Саврасов Г.В.¹, Батанов А.Ф.², Башлай А.П.¹

Москва

¹МГТУ им. Н.Э. Баумана

²СКТБ «Прикладная робототехника», Москва

Наибольшее практическое применения нашли хирургические роботы, используемые для выполнения робото-ассистируемых операций в различных областях медицины. Применение робототехники при выполнении операций уменьшает зависимость результата оперативного вмешательства от человеческого фактора и способствует расширению технических возможностей при выполнении сложных операций. С использованием роботов заметно улучшаются эргономические показатели в работе хирурга, повышается точность и контролируемость воздействия. В случае минимально – инвазивной хирургии роботы увеличивают манипулятивность хирургического инструмента, позволяя увеличить доступный хирургу объем пространства внутри тела пациента. Важным преимуществом роботизированной хирургии является возможность конвертируемости традиционных операций в малоинвазивное вмешательство. Современным этапом развития малоинвазивной хирургии явилось внедрение в клиническую практику специализированных роботов, наиболее известным из которых является робот Da Vinci Во многих странах ведутся работы по созданию специализированной хирургической робототехники (США, Германия, Япония, Южная Корея, Китай, Франция и др.) в том числе и в России. В МГТУ им. Н.Э. Баумана работы по созданию хирургических робототехнических систем начались с 1991 года. Первоначальной задачей было разработать робот – манипулятор для ультразвуковой хирургии магистральных артерий. Впоследствии задача расширилась и была поставлена как разработка многофункционального робота – манипулятора, который можно было бы применять в различных областях хирургии. Исторически первым был создан 5 – ти степенной манипулятор МРК02-20, макетный образец которого предназначался для выполнения хирургических операций. В ходе работ по исследованию условий работы хирурга и проведению ультразвуковой эндартерэктомии было установлено, что возможностей манипулятора МРК02-20 недостаточно для проведения этой операции. Необходим был манипулятор, имеющий не менее 6 степеней подвижности с большей зоной работы и способный перемещать инструмент с более высокой скоростью. К тому же командная система управления не дает возможности эффективно манипулировать инструментом. По результатам испытаний МРК02-20 и анализа работы хирурга были сформулированы требования и заданы характеристики манипулятора для выполнения операций по восстановлению просвета артерий. Был спроектирован и изготовлен макетный образец 6-ти степенного манипулятора МРК-423. Этот манипулятор является экспериментальной разработкой предназначенной для манипулирования хирургическим инструментом массой до 1 кг со значительно большей зоной работы. Определенным ограничением манипулятора с шестью степенями подвижности при работе с телом пациента является то, что он допускает единственную конфигурацию звеньев для каждого заданного положения инструмента. Это не всегда удобно. На практике хирургу может быть необходимо, чтобы манипулятор мог изменять положение звеньев без изменения положения инструмента. Достичь этого можно введя в конструкцию манипулятора седьмую степень подвижности. Такая возможность появилась в манипуляторе МРАМ.100000.000. В отличие от МРК423 МРАМ.100000.000 имеет семь степеней подвижности и может поворачивать сочленение плечо – предплечье («локоть»)

по команде оператора без изменения положения и ориентации инструмента. Другое отличие состоит в высоких передаточных отношениях первых четырех звеньев. Данная конструктивная особенность позволяет удерживать манипулятор в произвольном положении при выключенном питании, что важно для безопасности пациента. Манипуляторы МРК423 и МРАМ.100000.000 допускают установку на оконечное звено устройства оцувствления, позволяющего оценивать силы, возникающие при взаимодействии хирургического инструмента с биотканью. Благодаря этому устройству становится возможным перемещать оконечное звено манипулятора вручную даже при высоких передаточных отношениях. При этом появляется возможность построения систем, требующих точно дозированного по усилию воздействия на пациента. Для моделирования множества тестовых операций с целью оценки работоспособности робота-манипулятора, отработки применения манипулятора, а также для тренировки операторов робота были созданы специальный испытательный стенд, трехмерные модели биологических объектов и смоделированы варианты операционного поля на животных. Область применения МРАМ.100000.000 достаточно широка. На этапе испытаний была реализована на физических и биологических моделях возможность выполнения следующих хирургических операций: лапароскопия, радиочастотная абляция опухолей, лазерная обработка раневых поверхностей, стернотомия. Список хирургических операций может быть расширен путем применения других хирургических инструментов. Наиболее перспективными областями применения созданных робототехнических систем представляются онкохирургия, нейрохирургия, урологическая, сердечно-сосудистая, колоректальная и вертебральная хирургия.

33. Принципы лечения холедохолитиаза 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

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 желчнокаменной болезнью, осложненной холедохолитиазом. Материалы и методы. Проведен анализ лечения 18 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 5 пациенток установлен диагноз ЖКБ. Острый холецистит. Холедохолитиаз. Механическая желтуха. - у 6-ти - ЖКБ. Острый холецистит. Холедохолитиаз. - у 1-ой ЖКБ. Хронический холецистит. Холедохолитиаз. Механическая желтуха. - у 3-х ЖКБ. Хронический холецистит. Холедохолитиаз. - у 3-х в анамнезе выполнена холецистэктомия, из них у 2-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 (10 пациенток) было во II триместре беременности (14-27 нед), одна на I триместре гестации (до 15 нед), 7 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 оперативно вмешательства (положительный ответ на консервативную терапию с полным купированием клинической симптоматики, отказ пациенток от активной оперативной тактики) заносились 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 34 нед, наличии конкрементов в холедохе до 1,5 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 34 нед) и при наличии множественных конкрементов в холедохе, а также единичных более 1,5 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» является методом выбора вне зависимости от срока беременности.

34. Анализ отдаленных результатов хирургического лечения рубцово-язвенного стеноза пилородуоденального канала

Кульчиев А.А.¹, Перисаева Э.А.¹, Морозов А.А.¹, Тигиев С.В.², Карсанов А.М.¹
Владикавказ

¹ФГБОУ ВО СОГМА Минздрава России, кафедра хирургических болезней №3,
²НУЗ «Узловая больница на ст. Владикавказ ОАО «РЖД»

Актуальность проблемы: в настоящее время единого подхода к хирургическому лечению декомпенсированного рубцово-язвенного стеноза (ДРЯС) ДПК нет. Все имеющиеся методы подразделяются на 2 группы: резекционные и органосохраняющие методики. Наибольшее распространение получила резекция желудка с различными вариантами восстановления пассажа по кишечнику. В течение последних 15–20 лет в лечении осложненных форм ЯБДПК, в том числе и ДРЯС, стали применяться

органосохраняющие операции, преимуществами которых являются меньшая травматичность, минимальная летальность, низкая частота развития ранних послеоперационных осложнений и патологических синдромов в отдаленном периоде.

Цель исследования: выбор оптимального патогенетически обоснованного метода хирургического лечения рубцово-язвенного стеноза пилородуоденального канала.

Материалы и методы: наш опыт хирургического лечения стенозов (резекций желудка более 1000 операций, различные варианты и органосохраняющих операций с ваготомией-860) ДПК язвенного генеза дает нам основание отдавать предпочтение дренирующим желудок операциям с СПВ. При этом у ряда больных, по очень ограниченным показаниям, считаем патогенетически обоснованным антрумэктомию со стволовой ваготомией и гастроэнтероанастомоз по Ру-Агеенко. При язвенной болезни желудка и ДПК одним из основных патогенетических условий операции считается сохранение пассажа по ДПК. Однако в исключительных случаях (сочетание язвенной болезни с выраженными формами функциональной ХДН) вынуждены выключать ДПК. На первом этапе, до 1985г., по поводу различных форм язвенного стеноза ДПК оперировано – 86 больных – I группа Резекция по Гофмейстру-Финстереру – 53; Резекция желудка по Ру – 21; Резекция по Бильрот – I – 12. На втором этапе с 1986 по 2015г. с диагнозом хроническая язвенная болезнь осложненная стенозом выполнено 126 операций – II группа Финнея, СПВ – 91; Гейнеке-Микуличу, СПВ – 8; Дуоденопластика, СПВ – 21; Антрум эктомия, СТВ, РУ – 6. Процент ранних послеоперационных осложнений в группе с органосохраняющими операциями в два раза меньше по сравнению с резекционными, что подтверждает патогенетическую обоснованность объема выполненных операций. В I группе: гастростаз - 12,7%; несостоятельность швов - 4,6%; панкреатит – 7%; пневмония – 14%; нагноение раны – 12%; Летальность – 2,3%. Во II группе гастростаз - 4,7%; несостоятельность швов – нет; панкреатит – 2,3%; пневмония – 3,1%; диарея - 2,3; нагноение раны – 25%; Летальность – нет. Отдаленные результаты изучены в сроки от 3 до 30 лет после операций: В I группе из 84 выписанных после резекций желудка в отдаленные сроки удалось обследовать 64 больных. Из них у 43 (67,2%) выявлены различные патологические состояния. В II группе перенесших органосохраняющие и органощадящие операции с ваготомией обследовано 83 пациента. У 18 (21,6%) из них выявлены различные патологические состояния. Качество жизни после резекционных операций у абсолютного большинства пациентов признано удовлетворительным и плохим (67 – 70 %). В группе больных с органосохраняющими с СПВ качество жизни в отдаленном периоде у 74,7% признано высоким и у 21,4% удовлетворительным и плохим у 3,6%.

Выводы: на основании представленного выше материала можно предложить, что при стенозирующей язве пилородуоденального канала органосохраняющие операции с СПВ дают в абсолютном большинстве случаев хорошие непосредственные и отдаленные результаты. Резекционные операции, по сравнению с органосохраняющими, у этой категории больных в функциональном плане патогенетически менее выгодны и должны выполняться по строгим показаниям. Из дренирующих желудок операций, при стенозе пилородуоденального канала, предпочтительнее операция Финнея с СПВ. При постбульбарном стенозе ДПК дуоденопластика по В.И. Оноприеву с СПВ патогенетически наиболее обоснована.

35. Возможности коррекции катаболического компонента эндотоксикоза

Болотских В.А., Власов А.П., Васильев В.В., Шейранов Н.С., Степанов Е.В., Ревва О.В., Болушев П.О., Аль-Анбари С.Т.
Саранск
ФГБОУ ВО МГУ им. Н.П. Огарева

Актуальность. Многочисленные исследования показывают, что эндогенная интоксикация организма при ургентной патологии живота – основная причина

полиорганной недостаточности и смерти больного. В этой связи первостепенной задачей хирургии является ограничение негативных проявлений этого синдрома. Предупреждение прогрессирования эндотоксикоза по отношению источника может осуществляться по двум направлениям. Первое – комплекс мероприятий, направленный на ликвидацию основного очага (местный уровень), второе – на катаболические процессы (организменный уровень). Современная хирургия имеет большой арсенал оперативных способов и консервативных схем, обладающих высокой эффективностью в борьбе с основным очагом эндотоксикоза. Однако остаются серьезные пробелы в знаниях по купированию другого источника продукции токсических продуктов – катаболический процесс.

Цель исследования: при ургентных болезнях живота (острый перитонит, острый холецистит, острая кишечная непроходимость) определить роль катаболических процессов и снижение детоксикационной способности организма в патогенезе синдрома эндогенной интоксикации, на основе чего установить целесообразность применения метаболической терапии.

Методы исследования: первая группа пациенты (n=28), у которых воспалительный процесс в брюшной полости не был гнойным (острый катаральный аппендицит, острый катаральный холецистит, острая кишечная непроходимость), вторая (n=30) - гнойным (острый аппендицит или прободная язва двенадцатиперстной кишки, осложненные острым перитонитом, острый деструктивный холецистит с эмпиемой и пропотным перитонитом). В послеоперационном периоде больным проводилась стандартная терапия, в подгруппах – с включением ремаксолола (ежедневные внутривенные введения 400,0). Оценивали функциональный статус печени и почек. В плазме крови исследовали уровень токсических продуктов, оценивали активность фосфолипазы А₂, супероксиддисмутазы, определяли содержание продуктов перекисного окисления липидов. Полученные данные обрабатывали методами вариационной статистики

Результаты: установлено, что в патогенезе синдрома эндотоксикоза при острой хирургической патологии живота вне зависимости от характера воспалительного процесса в начальные этапы послеоперационного периода превалируют катаболические процессы, о чем свидетельствует активизация перекисного окисления мембранных липидов и фосфолипаз. Имеется полное основание отнести последние к предикторам эндогенной интоксикации. В начальные сроки послеоперационного периода функциональный статус основных органов детоксикационной системы (печени и почек) изменялся не столь значительно. Применение ремаксолола приводило к уменьшению выраженности синдрома эндогенной интоксикации. Результативность препарата была сопряжена с его способностью снижать явления окислительного стресса и активность фосфолипаз, которые были более значительны во второй группе пациентов, у которых выраженность триггерных агентов катаболических процессов была сравнительно большей. Показана значимость своевременного (раннего) применения такого рода терапии.

Заключение: в начальные сроки у больных острой ургентной патологией живота развитие синдрома эндогенной интоксикации в большей степени сопряжено с катаболическими процессами, обусловленными мембранодестабилизирующими явлениями вследствие избыточной активности липопероксидации и фосфолипаз. Позднее нарушаются и детоксикационные способности печени и почек. Применение ремаксолола приводит к заметному снижению эндогенной интоксикации. Его эффективность прямо зависит от активности перекисного окисления липидов и фосфолипаз, которая в большей степени выражена у больных острыми заболеваниями живота, осложненными выраженным гнойно-воспалительным процессом.

36. Экспресс-оценка гемостатического статуса в ургентной хирургии

Власов А.П., Маркин О.В., Аль-Кубайси Ш-А.С., Муратова Т.А., Шейранов Н.С., Худайберенова Г.Д., Кортякова Л.Ю.

Актуальность. Проблема коррекции гемостатических расстройств в urgentной хирургии остается актуальной. Причиной тому являются тяжелые осложнения, которые порой угрожают и жизни больного. Усилия клиницистов и специалистов параклинических дисциплин направлены на углубленное изучение патогенеза этих тяжелых осложнений. Безусловно, полноценные сведения о триггерных механизмах этих расстройств позволит не только определить предикторы болезни, но и позволит проведение своевременной их профилактики, поскольку лечение тромбгеморрагических осложнений значительно сложнее, нежели проведение их профилактики. В настоящее время методы стандартизованной оценки состояния системы свертывания крови и определения степени ее нарушения в urgentной хирургии являются трудоемкими и порой недоступными в лечебных учреждениях различного уровня.

Целью работы и явилось в динамике оценить состояние системы гемостаза у больных urgentными заболеваниями живота при помощи тромбоэластографии.

Материал и методы. Проведено исследование пациентов острым перитонитом (n=22), острым панкреатитом (n=26), острой кишечной непроходимостью (n=18), острым деструктивным холециститом (n=19). Степень тяжести заболеваний определяли с использованием шкалы APACHE-II и национальных клинических рекомендаций. Состояние коагуляционно-литической системы крови оценено по ряду биохимических тестов и при помощи тромбоэластографии, используя аппарат TEG® 5000 Thrombelastograph® (USA). Статистическая обработка данных результатов было выполнено с помощью Statistica 7,0. Использовали среднюю величину ($M \pm m$) для описания данных исследования.

Результаты. Выявлено, что проведение тромбоэластографии при госпитализации позволяет получить интегральную картину состояния свертывающей системы крови в кратчайший срок и в полном объеме. Эти данные существенно дополняют сведения о состоянии коагуляционно-литической системе, полученные биохимическим путем. Оказалось, что при поступлении в клинику у больных вне зависимости от патологии регистрируются значительные расстройства гуморального компонента системы гемостаза в виде гиперкоагулемии и угнетения фибринолиза. Выраженность указанных нарушений зависела от патологии. Наименее значимые отклонения показателей системы гемостаза установлены при острой кишечной непроходимости, особенно при поступлении больных в ближайшие часы от начала заболевания. При остром же перитоните, особенно при позднем поступлении пациентов в клинику, указанные расстройства были наиболее выражены. В целом показано, что расстройства в системе гемостаза сопряжены с тяжестью патологии.

Заключение. Тромбоэластография позволяет в течение одного теста охватить многие компоненты системы свертывания крови (плазменный, тромбоцитарный и фибринолитический), что имеет важнейшее значение для своевременной диагностики гемостатических расстройств. Эти данные существенно дополняют сведения о состоянии коагуляционно-литической системы, полученные биохимическим путем.

37. Оптимизация лечения послеоперационных ран в осложненных условиях

Зайцев П.П.
Ростов-на-Дону
ФГБОУ ВО РостГМУ Минздрава России

Актуальность. Заживление ран в осложненных условиях (острый перитонит, острый панкреатит, механическая желтуха, сахарный диабет) имеет свои особенности, поскольку оно сопряжено с выраженными расстройствами микроциркуляции,

образованием микротромбов, развитием сладж-феномена, некротическими и дистрофическими процессами, доминированием воспалительного компонента над репаративным, подавлением клеточной пролиферации и фагоцитарной активности лейкоцитов, снижением общей и местной иммунологической реактивности, высокой микробной обсемененности и др. Для стимуляции репаративного процесса используются фармакопрепараты и различные физиотерапевтические способы.

Цель: оценить процесс заживления лапаротомной раны у больных с отягощенным состоянием (острый перитонит, острый панкреатит, механическая желтуха, сахарный диабет) на фоне лазеро- и ремаксолотерапии.

Материал и методы исследования. Проведено исследования у больных острым перитонитом (n=27), острым панкреатитом (n=26), механической желтухой неопухолевого происхождения (n=24), сахарным диабетом (n=19). Группу сравнения (n=17) составили пациенты с неотягощенным фоном. Больные оперированы. Объем операций определялся патологией. Оперативный доступ – срединная лапаротомия. В подгруппах в комплексное лечение включало ремаксоло- и лазеротерапию (у больных сахарным диабетом). Ремаксол вводился внутривенно капельно по 400,0 мл. Трансдермальная лазеротерапия производилась аппаратом Матрикс. Проведена оценка раневого экссудата (цитологическое исследование раневого экссудата проводили после покраски экссудата по Романовскому, подсчет нейтрофилов, лимфоидных и тканевых полибластов, вычисляли регенеративно-дегенеративный индекс), оксидативного стресса, эндотоксикоза, фосфолипазной активности, гипоксии, микроциркуляции и биоэнергетики (последние – по линии швов лапаротомной раны).

Результаты. Изучение в динамике раневого экссудата у больных показало, что в раннем послеоперационном периоде у больных с отягощенным фоном значительно увеличивается количество нейтрофильных лейкоцитов, причем с дегенеративными формами. О пролонгации фазы воспаления свидетельствовало пониженный регенеративно-дегенеративный индекс, в расчете которого определяется соотношение нейтрофилов, сохранивших свою форму и с дегенеративными признаками. О затруднительном течении репарации в этих условиях свидетельствовало и сравнительно низкое содержание тканевых полибластов (признак развития молодой соединительной ткани). В тканях по линии швов в раннем послеоперационном периоде (особенно в первые 3-е суток) установлены характерные признаки нарушения микроциркуляции (индекс эффективности микроциркуляции достоверно снижался на 12,2-26,3 %). На фоне затруднительного кровоснабжения в регенерирующих тканях отмечалось значительное снижение биоэнергетики, что регистрировалось в виде снижения окислительно-восстановительного (редокс) потенциала на 9,9-24,3 % ($p < 0,05$). Показатели состояния регенерирующих тканей коррелировали с изменениями гомеостатического, что выражалось в увеличении в крови уровня токсических продуктов, активизации липопероксидации и фосфолипаз, гипоксии. На фоне комплексной терапии отмечено изменение течения репаративного процесса, что выражалось в укорочении фазы воспаления и сравнительно быстрого наступления репаративной фазы. Указанный положительный эффект был сопряжен с коррекцией и гомеостатических показателей. Особое внимание вызывает способность такого рода терапии уменьшать выраженность триггерных механизмов мембранодестабилизирующих явлений – окислительного стресса и активность фосфолипаз. Эффект комплексной терапии отмечена и клинически. Ускорение заживления тканей лапаротомной раны проявлялась существенным снижением послеоперационных раневых осложнений.

Выводы. Процесс заживления послеоперационных ран в отягощенных условиях затягивается и сопряжен с расстройствами гомеостатического. В этих условиях воспалительные явления (I фаза) раневого процесса доминированы над репаративной (II фаза). Применение комплексной терапии приводит к купированию патогенетических компонентов, затягивающих процесс заживления, как локально, так и на организменном уровне. Такого рода лечение обладает способностью сокращать фазу воспаления, улучшать микроциркуляцию и энергетический обмен, что способствует ускорению

процесса регенерации тканей лапаротомной раны, что в целом и лежит в основе оптимизации лечения больных.

38. Гепатодепрессия в прогрессировании расстройств гомеостаза при механической желтухе

Шейранов Н.С., Маркин О.В., Власова Т.И., Синявина К.М., Кумар Н., Морозова Н.Е.
Саранск
ФГБОУ ВО МГУ им. Н.П. Огарева

Актуальность. Проблема коррекции расстройств гомеостаза при механической желтухе остается актуальной на протяжении нескольких десятилетий, что подтверждается количеством и разнонаправленностью исследований по этой теме. Одним из показателей расстройств гомеостаза является синдром эндогенной интоксикации. Выраженность синдрома эндогенной интоксикации определяется не только интенсивностью поступления токсических субстанций в кровоток из органа поражения, но и адекватностью функционирования основных органов детоксикационной системы, особенно печени.

Цель. Исследовать ряд функциональных показателей печени при различной тяжести механической желтухи; определить возможные пути коррекции (профилактики) гепатодепрессии.

Материалы и методы. Проведено клинико-лабораторное исследование больных механической желтухой неопухолевого происхождения различной тяжести: класс А по Э.И. Гальперину (n=17); класс В (n=13). В основной группе (класс В, n=12) проводили лазерную и метаболическую терапию с применением ремаксолола. Больные оперированы. Объем операций – внутреннее (в большинстве наблюдений) или наружное дренирование желчных протоков. Оценивали в динамике основные функциональные показатели печени с использованием рутинных показателей и специальных лабораторно-инструментальных тестов, по которым исследовались детоксикационная, альбуминсинтезирующая и альбумин-липидметаболизирующая функции, а также микроциркуляцию. Статистическую обработку данных проводили с использованием пакета программ «Биостат» с расчетом критерия t Стьюдента, средней арифметической выборочной совокупности (M), ошибки средней арифметической (m). Проводили расчет коэффициента корреляции Пирсона.

Результаты. Было установлено, что при механической желтухе различной тяжести отмечается нарушение функции печени, что было зарегистрировано в увеличении содержания общего билирубина, снижении общего альбумина, повышении содержания токсических продуктов гидрофильной и гидрофобной природы в плазме крови на фоне признаков цитолитического синдрома (повышение активности внутриклеточных печеночных ферментов). Депрессия функционального статуса печени, особенно у пациентов класса В, сопровождались существенной активизацией процессов свободнорадикального оксидативного и ферментативного липолиза в плазме крови на фоне снижения собственного энзимного антиоксидантного потенциала. Отмечено существенное нарушение липидного состава плазмы крови с значительным повышением фракций липидов, обладающих хаотропным действием. Изучение состояния микроциркуляции показало существенное отклонение ее маркеров от референсных значений. Применение в основной группе больных лазерной (надсосудистой) и метаболической терапии ремаксололом (ежедневно внутривенно капельно 400,0 мл) позволило существенным образом корригировать (восстанавливать) функциональный статус печени. В основе эффекта такого рода терапии лежали ее способности улучшать метаболические и микрогемодинамические показатели.

Выводы. Показано, что у пациентов механической желтухой (класс В) применение в раннем послеоперационном периоде лазерной и метаболической терапии способствует

ускорению восстановления функционального состояния печени, что является немаловажным в улучшении результатов лечения больных.

39. Лечебно-диагностические возможности эндоскопии при пептических язвах гастродуодено и гастроэнтероанастомозов

Мельник И.В., Солиев С.Б.

Ташкент

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Актуальность: язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки занимает одно из ведущих мест в общей структуре болезней органов желудочно-кишечного тракта. Большинство хирургических школ считают операцией выбора при осложненной язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки резекцию желудка. Среди причин неудовлетворительных результатов после данных вмешательств особое место занимает развитие постгастрорезекционных синдромов с частотой 10-85,9%. Достаточно часто (0,2-13,5%) из общего числа органических постгастрорезекционных синдромов хирургам приходится наблюдать развитие пептических язв ГДА (гастродуоденоанастомоз) и ГЭА (гастроэнтероанастомоз), которые в большинстве случаев осложняются пенетрацией и кровотечением.

Цель исследования: изучить диагностические и лечебные возможности эндоскопии в лечении больных с кровотечениями из пептических язв ГДА и ГЭА, проследить динамику лечения пациентов в зависимости от исходного класса Forrest, установить частоту развития рецидива кровотечения в условиях применяющегося эндоскопического гемостаза и оценить эффективность последнего при рецидиве.

Материал и методы: проанализированы результаты лечения 105 пациентов с кровотечениями из пептических язв ГДА - 41 и ГЭА - 64. Мужчин- 95, женщин -10. Возраст больных от 21 до 82 лет.

Результаты и обсуждение: всем пациентам в приемном отделении после предварительного промывания желудка выполнялась ЭГДФС. При этом установить локализацию и характер источника кровотечения при первичной эндоскопии удалось у всех больных (100%). В основном пациенты поступали в стационар с остановившимся кровотечением: F-IIA (18), F-IIВ (40), F-IIС (17), F-III (12), активное кровотечение диагностировано у 16 пациентов - F-IA (7), F-IB (9). Наиболее часто причиной кровотечений были язвы размером до 1 см. - 62 (59%), язвы в диаметре до 0,5 см. диагностированы в 22 (21%) случаях, диаметр язв до 2 см. отмечен у 15 (14,3%) и язвы диаметром более 2см. выявлены всего у 6 (5,7%) пациентов. С кровопотерей легкой степени поступили 49 больных, средней-31, тяжелой-17, крайне тяжелой - 8. На различных этапах лечения рецидив кровотечения из пептических язв отмечен у 16 (15,3%) пациентов. В зависимости от исходной тяжести кровопотери рецидивирование кровотечения возникало с различной частотой. Среди пациентов с легкой кровопотерей рецидив кровотечения в дальнейшем возник у 5 (10,2%), средней-4 (12,9%), тяжелой -4 (23,5%), крайне тяжелой-3 (37,5%). У всех 7 больных, которые поступали в стационар с активным струйным кровотечением (F-IA) на первичном этапе применялся эндоскопический гемостаз с помощью монополярной диатермокоагуляции. При этом остановить активное кровотечение удалось у 5, двое пациентов экстренно оперированы в связи с неэффективностью эндоскопического гемостаза. После первичной остановки кровотечения его рецидивирование возникло у 3 (42,9%), повторный эндоскопический гемостаз оказался не эффективный, больные экстренно оперированы. У 9 больных, поступивших с кровотечением F-IB, рецидив кровотечения возник у 2 (22,2%), в одном случае рецидивное кровотечение остановлено с помощью диатермокоагуляции, и больной после курса консервативной терапии выписан. В другом случае применение диатермокоагуляции при рецидиве оказалось не эффективным, и пациент экстренно оперирован. Из 18 пациентов, которые поступили с наличием кровотечения F-IIA, 17

больных выписаны в удовлетворительно состоянии. У 1 (5,9%) возникло рецидивное кровотечение, которое успешно остановлено с помощью обкалывания раствором этанола с последующей выпиской пациента. В группе больных, которые поступили с кровотечением F-IV (40), рецидив кровотечения возник у 7 (17,5%), из них 2 оперированы в связи с неэффективностью эндоскопического гемостаза. В удовлетворительно состоянии больные выписаны. У 17 больных, поступивших с кровотечением F-III, рецидив кровотечения возник у 2 (11,8%), в обоих случаях рецидивное кровотечение остановлено с помощью диатермокоагуляции, и больные после курса консервативной терапии выписаны в удовлетворительно состоянии. Из 12 пациентов, которые поступили с наличием кровотечения F - III 11 больных выписаны в удовлетворительно состоянии. У 1 (8,3%) возникло рецидивное кровотечение, которое успешно остановлено с помощью диатермокоагуляции с последующей выпиской пациента. Из 16 пациентов с рецидивом кровотечения оперированы в экстренном порядке 6 (37,5%) больных. 1 (6,3%) больной от операции отказался и был выписан, дальнейшая судьба не известна. У 3 больных выполнены различные виды реконструктивных резекций и у 3 – прошивание кровоточащих язв. Все пациенты после операций в удовлетворительно состоянии выписаны.

Выводы: таким образом, по нашим данным, диагностические возможности эндоскопии по выявлению источника кровотечения и установления его характера составляют 100%. В среднем, частота развития рецидива кровотечения из пептических язв ГЭА и ГДА составила 15,3%. Риск развития рецидива кровотечения имеется при любой кровоточащей язве ГЭА и ГДА, однако с различной частотой, в значительной зависимости от исходного класса Forrest: F-IA (42,9%), F-IV (22,2%), F-IIA (5,9%), F-IV (17,5%), F-III (11,8%), F-III (8,3%). Эффективность эндоскопического гемостаза при рецидиве кровотечения составила 56,2%. В случае профузного первичного или рецидивного кровотечения при неэффективности эндоскопического гемостаза пациент подлежит экстренному оперативному вмешательству. Объем и характер операции необходимо решать индивидуально, по возможности, следует стремиться к выполнению реконструктивных оперативных вмешательств с надежным удалением источника кровотечений. Оперативная активность при рецидиве кровотечения из пептических язв ГЭА и ГДА у наших больных составила 37,6%. Летальных исходов не наблюдалось

40. Хирургическая тактика у больных желчнокаменной болезнью, сочетанной с неопухолевыми заболеваниями органов панкреатодуоденальной системы

Куницкий Ю.Л.
Донецк, ДНР

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет им. М.Горького»

В основу работы положен опыт хирургического лечения 350 больных желчнокаменной болезнью (ЖКБ), сочетанной с неопухолевыми заболеваниями органов панкреатодуоденальной системы, а именно язвенной болезнью и панкреатитом. Контрольную группу составили 142, основную 208 больных. Основным заболеванием считали ЖКБ и ее осложнения. Возраст больных основной группы варьировал от 27 до 89(60,0±4,9) лет. Мужчин было 95(45,7%), женщин–113(54,3%). В плановом порядке госпитализированы 75(36,1%), в неотложном – 113(63,9%) больных. Длительность основного заболевания варьировала от 1 месяца до 30 (5,3+6,6) лет, urgentных больных от 3,5 до 144(43,4+5,4) часов. Хронический калькулезный холецистит имел место у 75(36,1%), острый калькулезный холецистит у 65(31,3%), ЖКБ, вторичный билиарный панкреатит у 42(20,3%), ЖКБ, холедохолитиаз, механическая желтуха у 26(12,5%) больных. Перитонит у больных основной группы диагностирован у 22(16,5%), механическая желтуха у 37(17,8%), холангит у 14(10,5%) больных. Сочетанная язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки подтверждена у 168(80,8%), язвенная болезнь желудка у 13(6,3%). В анамнезе 29(13,9%) больных перенесли операции по поводу

различных осложнений язвенной болезни. Язвенная болезнь в стадии обострения на момент госпитализации диагностирована у 61(29,3%) больного. У 98(47,1%) больных отмечено бессимптомное течение основного и сочетанных заболеваний в различных комбинациях, что в ряде случаев привело к диагностическим ошибкам и развитию осложнений. Осложнения в ближайшем послеоперационном периоде развились у 19 (27,9%) больных контрольной группы в виде острого желудочно-кишечного кровотечения (ОЖКК) язвенного происхождения через $3,5 \pm 4,3$ суток после операции. Оно остановлено консервативно с учетом эндоскопических методов гемостаза.

На основании анализа осложнений у больных контрольной группы выявлены факторы хирургического риска развития осложнений со стороны, сочетанных язвенной болезни и панкреатита, разработаны меры их профилактики. При хирургическом лечении больных основной группы разработан индивидуальный комплексный подход к хирургическому лечению больных данной категории, в основе которого лежит использование симультанных и этапных операций с дифференцированным их применением, выполнением миниинвазивных вмешательств. При хроническом калькулезном холецистите, в том случае, когда сочетанная язвенная болезнь была в стадии обострения холецистэктомия выполняли после курса противоязвенной терапии (ПЯТ), рубцевания язвы с ФГДС-контролем. При остром калькулезном холецистите ведущим фактором, определяющим хирургическую тактику, была патология желчновыводящей системы. При деструктивных формах острого калькулезного холецистита выполняли раннее оперативное лечение (в т.ч. ЛХЭ) с проведением противоязвенной терапии в до- и послеоперационном периодах, с учетом эндоскопических методов контроля и профилактики развития осложнений со стороны сочетанной язвенной болезни. При язве желудка операции предшествовала гастробиопсия с верификацией доброкачественного характера язвы. У больных с ЖКБ, вторичным билиарным панкреатитом проводили противопанкреатическую в сочетании с противоязвенной терапией, использованием базисной терапии (лечение легкого панкреатита) и в сочетании со специализированным лечебным комплексом у больных с тяжелой формой острого панкреатита. При ЖКБ, сложной холедохолитиазом, механической желтухой, холангитом, вторичным панкреатитом использовали 3-х этапный метод лечения: 1. пункция внутрипеченочного желчного протока, холедохостомия под контролем УЗИ с последующим курсом противоязвенной и противопанкреатической терапии. После снижения билирубинэми до безопасного уровня (50 мкмоль/л.) выполняли 2. эндоскопическую папиллосфинктеротомию, 3. лапароскопическую холецистэктомию. Симультанные операции по поводу сочетанной язвенной болезни у больных основной группы выполняли при осложненных формах и высоком риске развития осложнений с ее стороны. Миниинвазивные хирургические вмешательства у больных основной группы выполнены у 101(48,6%), симультанные операции у 74(35,6%) больных. Лапароскопические симультанные (19-25,7%), этапные оперативные вмешательства 23(17,3%) выполнены у 42(59,2%) больных.

Разработанный индивидуальный комплексный подход к хирургическому лечению больных с сочетанными заболеваниями органов гепатопанкреатодуоденальной системы позволил уменьшить количество осложнений со стороны сочетанной язвенной болезни и панкреатита у больных основной группы в ближайшем послеоперационном периоде с 27,9% до 1,4%.

41. Обоснование объема, способа завершения оперативного вмешательства и особенности ведения послеоперационного периода у больных острым мезентериальным тромбозом

Татаршаов М.Х., Борлаков В.Р., Мачукова М.Н.
Черкесск

РГБ ЛПУ "Карачаево-Черкесская республиканская клиническая больница

Мезентериальный тромбоз (МТ) в структуре острых хирургических заболеваний органов брюшной полости, по данным разных авторов, составляет 0.05-7.6 %. Послеоперационная летальность по-прежнему остается высокой и достигает 80-97%. Высокая летальность при МТ зависит не только от трудности диагностики и поздней госпитализации больных, но и от выбора правильной тактики лечения, своевременного выполнения, обоснованного по характеру и объему оперативного вмешательства.

Цель исследования: разработка оптимальной хирургической тактики лечения тромбозов и эмболий мезентериальных сосудов для улучшения результатов лечения.

Материалы и методы исследования: проанализированы результаты хирургического лечения 116 больных с МТ за период с 2003 по 2018 гг. Соотношение мужчин и женщин соответственно 55 (47.4 %): 61 (52.6 %). Возраст пациентов от 51 до 80 лет. Следует отметить, значительный рост заболеваемости МТ за последние годы, так, если с 2003 по 2012 поступило 56 больных, то за 2012-2018 гг. госпитализировано 60 пациентов. Предоперационное обследование включало в себя общеклинические, рентгенологические, эндоскопические, морфологические, ультразвуковые и ангиографические исследования. Учитывая тяжесть состояния, обусловленное основным заболеванием и сопутствующей патологией, проводилась предоперационная подготовка в условиях реанимационного отделения в течение 2-6 часов. Объем оперативного вмешательства определялся в ходе операции, в зависимости от локализации сосудистой окклюзии и распространенности некротического процесса кишечника.

В 19 (16.4 %) наблюдениях, при диагностической лапароскопии и лапаротомии выявлена тотальная гангрена тонкого кишечника, у трех из них, с гангреной и восходящего отдела ободочной кишки, случаи признаны иноперабельными, а больные инкурабельными. У 44 (38.0 %) больных при тотально-субтотальной гангрене тонкого кишечника, выполнена обширная резекция тонкой кишки с формированием илеоюноанастомоза, у 12 (10.3 %) при этом, подобного типа анастомоз формировался даже при коротком, до 10 см, длине жизнеспособной петли подвздошной кишки. Несостоятельности анастомоза, продолженного тромбоза - некроза петель кишечника, участвующих в формировании анастомоза не отмечено. В 28 (24.1%) наблюдениях, операция завершена формированием илеотрансверзоанастомоза. Несостоятельность анастомоза отмечена у трех больных, у двоих из них, при продолженном тромбозе тонкокишечного сегмента. Еюнотрансверзоанастомоз сформирован в 24 (20.7 %) наблюдениях, в 7 из них, при сочетанной гангрене тонкой кишки и восходящего отдела ободочной кишки, у 17(14,6 %) больных, при короткой, менее 60 см и ригидной петле тощей кишки. Несостоятельность анастомоза отмечено в одном наблюдении, рецидивные очаговые некрозы до 1-2 см с перфорацией петли тощей кишки в одном. Гемиколэктомия с илеотрансверзоанастомозом выполнена в 11 (9.5 %) наблюдениях, обструктивная гемиколэктомия слева в 9 (6.9 %) наблюдениях. У одной больной имело место тромбоз ветвей верхней брыжеечной артерии ниже места отхождения средней ободочной артерии, тромбоз левой ободочной артерии. Ей выполнена субтотальная резекция тонкого кишечника, гемиколэктомия справа, слева илеотрансверзоанастомоз, трансверзостомия дистальной культи. Следует отметить, что в 7 (6.0 %) наблюдениях, при первичном вмешательстве, имело место признаки ишемии стенки тонкой кишки без признаков некроза, приглашенные сосудистые хирурги не смогли оказать эффективной помощи. Через 24 и 36 часов больные были оперированы по поводу гангрены тонкого кишечника. Послеоперационная программированная видеолапароскопия выполнена у 8 (6.9 %) больных, в 2 наблюдениях выявлена несостоятельность анастомоза. Программированная релапаротомия выполнена у 15 (13.0%) больных, у троих из них выявлен продолженный тромбоз, в одном случае с перфорацией тонкой кишки. Релапаротомий по требованию выполнено в 7 (6.0 %) наблюдениях: несостоятельность анастомоза -2; очаговые некрозы стенки кишки - 2; в одном из них патология не была выявлена при лапароскопии; продолженный тромбоз -2; абсцесс брюшной полости -1. Общая летальность составила - 85(73.3 %), послеоперационная - 82(70.7 %).

Таким образом, использование в послеоперационном периоде программированной лапароскопии и программированной релапаротомии позволяют в ранние сроки диагностировать послеоперационные осложнения и продолженный тромбоз мезентериальных сосудов, при отсутствии клинических проявлений. При обширной резекции тонкого кишечника, во всех случаях, следует стремиться к одномоментному восстановлению пассажа по кишечному тракту.

42. Применение разработанного устройства для дренирования гнойных полостей при инфицированном панкреонекрозе

Хацко В.В., Шаталов А.Д., Кузьменко А.Е., Коссе Д.В., Полулях-Черновол И.Ф., Пархоменко А.В.

Донецк ДНР

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького»

Актуальность проблемы. «Устройство для дренирования гнойных полостей» (полезная модель UA №135065 от 10.06.2019 г.) относится к перфузионно-аспирационным дренажам и может применяться для дренирования гнойных полостей паренхиматозных органов, брюшинного пространства, брюшной и грудной полостей. Дренирование таких гнойных полостей (при панкреонекрозе, абсцессе печени, абсцессе лёгкого, эмпиеме плевры и др.) до настоящего времени является актуальной проблемой.

Цель работы – применение разработанного «Устройства для дренирования гнойных полостей» у пациентов с инфицированным панкреонекрозом для улучшения результатов лечения.

Материалы и методы. Проанализированы результаты лечения 16 пациентов с острым инфицированным панкреонекрозом, которые лечились в течение последнего года в I хирургическом отделении Донецкого клинического территориального медицинского объединения. Среди них было 11 мужчин и 5 женщин в возрасте 25 – 67 лет. Все пациенты имели тяжёлую форму деструктивного панкреатита (в соответствии с классификацией, принятой в Атланте в 1992 году). Применены следующие методы исследований: клиничко-лабораторные, ультразвуковой, компьютерная томография, лапароскопия, цитологическое и бактериологическое исследование жидкости из брюшной полости, определение уровня амилазы, фистулография. Компьютерную томографию проводили с помощью томографа «SOMATOM AR.C» с внутривенным усилением. Пациенты разделены на 2 группы. 1-ю группу составили 7 чел., которым применили разработанное устройство на фоне комплексного лечения. Комплексное лечение включало антибиотики, инфузионную терапию, сандостатин, 5-фторурацил, даларгин, рабелок, мексидол, парентеральное и раннее зондовое питание, плазмаферез, экстракорпоральную детоксикацию. Устройство содержит силиконовую трубку с дренажными отверстиями вдоль всей её длины, выполненную с возможностью нежёсткого закрепления в ней двухпросветной трубки с дренажными отверстиями, с капиллярным каналом в стенке, при этом рабочий конец силиконовой трубки имеет дополнительное круглое отверстие диаметром 5 – 7 мм для удаления секвестров; в середине двухпросветной трубки расположена трубка меньшего диаметра с запаянным рабочим концом, с отверстиями диаметром 1 мм вдоль всей её длины, заполненную сорбентным порошком, например, карболоном, в микропористой капроновой упаковке, причём двухпросветная трубка и сорбентный контейнер выполнены с возможностью многократной замены. Во 2-ю группу вошли 9 больных, которым промывали дренажи стандартными антисептическими растворами на фоне комплексного лечения.

Результаты и обсуждение. Применение компьютерной томографии с контрастным усилением позволило улучшить визуализацию паренхимы поджелудочной железы, оценить её структуру и размеры. На 2 – 3-й неделе заболевания образовавшаяся капсула накапливала контрастное вещество, стало возможным выполнять чрескожные пункционно-дренажные вмешательства под контролем УЗИ. У 11 пациентов выполнены

различные лапароскопические операции: некр-, секвестрэктомия, дренирование сальниковой сумки и др. У 2 больных 2-й группы было тяжёлое прогрессирующее течение панкреонекроза, им проведены лапаротомные операции (1 пациент умер). В результате проеденного лечения у пациентов 1-й группы гнойные полости быстрее очищались, чем во 2-й группе. Длительность госпитализации пациентов 1-й группы уменьшилась на 4 – 6 дней.

Выводы. Малоинвазивное катетерное дренирование под УЗ-контролем следует применять при преобладании жидкого гноя в панкреатических абсцессах и флегмонах. При неэффективности такого лечения в течение 7 – 9 суток или наличии больших секвестров показано оперативное лечение (лапароскопическое или лапаротомное). Применение разработанного устройства позволяет уменьшить число осложнений и длительность госпитализации на 4 – 6 дней.

43. Оценка влияния различных методов лечения тяжелого острого панкреатита на качество жизни больных

Хлебников В.В.¹, Осокин А.С.²

Пермь

¹Госпиталь МСЧ МВД России по Пермскому краю

²Городская клиническая больница №4

Хирургическое лечение деструктивного панкреатита остаётся одним из наиболее сложных разделов абдоминальной хирургии. Одной из главных проблем в лечении панкреонекроза остается борьба с остаточными явлениями после данного заболевания. После выписки из стационара почти каждый второй больной тяжелым острым панкреатитом нуждается в реабилитации и продолжении лечения, причиной подобной ситуации является проявление в отдаленном послеоперационном периоде различных последствий панкреонекроза и перенесенных операций, а также значительное снижение качества жизни пациентов. (Ермолов А.С., 2016; Smith ZL, 2019). В оценке результатов того или иного метода лечения важна собственная оценка больным эффективности проводимых лечебных манипуляций: насколько субъективно улучшается или ухудшается состояние здоровья.

Целью исследования явилась сравнительная оценка эффективности лечения деструктивного панкреатита с определением качества жизни в зависимости от методов хирургического лечения.

Материал и методы исследования. Изучены отдаленные результаты хирургического лечения 78 больных острым деструктивным панкреатитом. С 2009 года мы используем свою оригинальную анкету, адаптированную для больных, оперированных по поводу острого панкреатита. Вопросник состоит из 5 групп вопросов, нацеленных на определение различных сторон жизнедеятельности пациента. Для оценки информативности предлагаемого опросника мы сравнили его с о широко используемым вопросником SF-36. Обе шкалы весьма информативно иллюстрируют динамику основных составляющих качества жизни пациентов и их положительное течение после хирургического лечения. Выраженность болевого синдрома в вопроснике SF-36 оценивается при помощи 2 вопросов. Для оценки интенсивности острой боли мы использовали визуальную аналоговую шкалу. Поэтому, по нашему мнению, имеется возможность относительно объективно оценивать выраженность болевого синдрома у этих больных.

Результаты и обсуждение. Анализ отдаленных результатов хирургического лечения прослежен в сроки от 1 до 10 лет. Хорошие и удовлетворительные результаты отмечены у 78% оперированных больных. Неудовлетворительные отдаленные результаты хирургического лечения требовали продолжения консервативной терапии, а, зачастую, и повторных операций для ликвидации исходов панкреонекроза и последствий хирургических вмешательств. Рецидив острого панкреатита чаще возник у пациентов

(40,0%) после открытых операций, чем у пациентов (26,9%) после МИВ. Однако, различия статистически недостоверны ($p>0,05$). Хроническая псевдокиста ПЖ у пациентов в отдаленном периоде встречается чаще после малоинвазивных вмешательств (МИВ) (22,2%), чем после применения только открытых операций (9,1%). Однако различия статистически недостоверны ($p>0,05$). После применения открытых операций СД 2 типа выявлен у 2 пациентов (16,7%), после применения хирургических вмешательств в лечении инфицированных осложнений панкреонекроза послеоперационная грыжа различной локализации выявлена у 31,4% пациентов. При этом после МИВ грыжи выявлены у 7,7% больных. Этим пациентам в плановом порядке была выполнена герниопластика сетчатым имплантом.

Выводы. Полученные результаты говорят о том, что качество жизни лучше у больных перенесших малоинвазивные оперативные вмешательства (видеолапароскопическое дренирование брюшной полости и забрюшинного пространства под УЗ-наведением) (хорошие и удовлетворительные результаты отмечены у 86% больных), чем у больных после операций из открытого доступа (хорошие и удовлетворительные результаты у 62% пациентов).

44. Значение мелатонина и его рецепторов в патогенезе желчнокаменной болезни

Курбонов К.М.^{1,2}, Рузбойзода К.Р.^{1,2}, Даминова Н.М.³
Душанбе, Таджикистан

¹Кафедра хирургических болезней №1 ТГМУ им. Абуали ибни Сино

²ГУ «Комплекс Здоровья Истиклол»

³Кафедра общей хирургии №1 ТГМУ им. Абуали ибни Сино Душанбе, Таджикистан

Актуальность проблемы. Одной из актуальных проблем современной гепатобилиарной хирургии является желчнокаменная болезнь (ЖКБ), имеющая высокую и год от года возрастающую распространенность. Необходимым условием желчного камнеобразования, помимо формирования литогенной желчи, является нарушение двигательной функции желчного пузыря. Наряду с нервной регуляцией моторно - эвакуационной функции ЖП важное значение имеет мелатонин, основным источником которого является АРИД- клетки пищеварительной системы, печень, желчный пузырь, яичники и т.д. Снижение уровня мелатонина приводит к нарушению функции гладких мускулатур в том числе и ЖП.

Цель исследования – изучить роль мелатонина в патогенезе ЖКБ.

Материал и методы. Для изучения патогенетических механизмов возникновения ЖКБ и роли нарушений двигательной функции ЖП, комплексному обследованию было подвергнуто 65 пациентов с различными стадиями заболевания. Мужчин было – 15 (23,1%), женщин – 50 (76,9%). Возраст больных составил от 24 до 75 лет. Пациенты были распределены на 3 группы. В I группу были включены 25 (38,4%) больных с начальной стадией ЖКБ. Во вторую стадию формирования желчных камней включены 20 (30,8%) больных и еще 30 (30,8%) пациентов были отнесены к III стадии – хронического рецидивирующего холецистита. Для изучения моторно-эвакуаторной функции желчного пузыря проводили УЗИ, сцинтиграфию. Исследование уровня меланина в крови проводили хромато - масс- спектрометрией, также определяли уровень сератонина в крови – предшественника мелатонина методом высокоэффективной эндогенной хроматографии (норма $132,4\pm 5$ нг/мл).

Результаты и обсуждение. Изучение результатов комплексного УЗИ моторно-эвакуаторной функции ЖП каждого показало, что при ЖКБ I стадии у 17 больных имело место дисфункция ЖП по гипокинетическому типу, тогда как при ЖКБ I стадии в 19(%) и при ЖК III стадии у 17 больных. Кроме этого, при ЖКБ I и II ст. выявляли УЗ признаки билиарного сладжа в виде взвеси гиперэхогенных частиц, которые наблюдались в 84% наблюдениях. Более интересные данные были получены при исследовании уровня

мелатонина и сератонина в сыворотке крови. При ЖКБ I и II стадии содержание сератонина в сыворотке крови составило – 54,8±21 нг/мл и 69,1±2,7 нг/мл, а содержание мелатонина 6,0 (5,7;6,8)пг/мл и 9,4 (7,8;17,2) пг/мл. Результаты проведенного корреляционного анализа свидетельствуют о существовании зависимости между уровнем снижения мелатонина, сератонина и функциональном состоянии ЖП по гипокинетическому типу с развитием билиарного сладжа.

Выводы. Исследования показателей моторной функции ЖП, биохимических свойств желчи и уровня серотонина и мелатонина позволило доказать важную роль гипосератонинемии и гипомелатонинемии в формировании литогенной желчи и подавления опорожнения ЖП.

45. Анализ эндовидеохирургических холецистэктомий в условиях районной больницы

Гецин Г.П., Сухов А.В., Иваненко А.С., Кузнецов Д.В., Дегтярев С.Б.
пос. Каменоломни
МБУЗ ЦРБ Октябрьского района Ростовской области

Цель исследования: оценка эффективности применения лапароскопических операций при острых и хронических холециститах.

Материалы и методы: ретроспективный анализ историй болезней оперированных больных по поводу острого и хронического холецистита. За 13 лет с 2003 по 2018 год в ЦРБ пос. Каменоломни было выполнено 2263 холецистэктомии. ЛХЭ 1977 пациентов. Из них в 646 (33 %) случаях по поводу острого и в 1617 (67 %) – хронического холецистита. Среди пациентов с острым холециститом у 94 (12 %) изменения желчного пузыря были расценены, как катаральные, у 407 (68%) – флегмонозные и у 145 (20%) – гангренозные. Традиционная холецистэктомия - 258 пациента. В 11 % случаев оперированных больных по поводу хронического холецистита, во время операции на основании обнаруженных патологических изменений выявлен острый холецистит. Мужчин было 656(29%), женщин – 1607 (71%). С острым холециститом в первые 6 часов обратилось 136 больных (21 %), в период 7 -24 часа – 181 (28 %), позже 24 часов – 329 (51 %). В настоящее время в отделение применяется активная тактика лечения острого холецистита. При наличии клиники ограниченного перитонита, больные оперируются в экстренном порядке; остальным назначается консервативное лечение. При сохраняющейся клинике острого холецистита в течение 12 – 24 часов ставим показания к неотложной операции. Первый троакар вводился открытым способом «по Хассену»: при наличии пупочной грыжи в 19 случаях (1 %) – через грыжевые ворота с последующей пластикой, при наличии рубцов после верхнесрединной лапаротомии в 26 случае (1,3 %). При нижнесрединной лапаротомии у 85 больных (5 %) троакар вводился над пупком, повреждений не было. В 1 случае было повреждение толстого кишечника, когда поперечно-ободочная кишка у больной была подпаяна к передней брюшной стенке выше пупочного кольца, произведена лапаротомия, ушивание повреждения. Выздоровление. В 2 случаях была произведена симультантная операция: аппендэктомия и лапароскопическая холецистэктомия. При наличии желтухи и обструкции внепеченочных желчных протоков (ВЖП) у больных с острым холециститом (79 пациентов), после консервативного лечения в стационаре, направляем в ОКБ , где есть возможность применения двухэтапного эндохирургического лечения с выполнением первым этапом эндоскопической папиллосфинктеротомии (ЭПСТ) и ретроградной холангиопанкреатографии (РХПГ) с эндоскопической литоэкстракцией и устранением папиллостеноза. В случае отказа больных от направления в РОКБ, оперативное лечение произведено в нашем отделении. В отчетный период было 92 (4,6%) переходов на широкую лапаротомию. Но количество конверсий постоянно снижается. Уменьшение числа конверсий произошло благодаря изменению хирургической тактики на более активную, повышению опыта и профессионализма хирургов, улучшению

дооперационной инструментальной диагностики состояния желчного пузыря и ВЖП за счет детализированного УЗИ и МРТ. В первые пять лет их процент был 7,7%, в последние –1,6%. После лапаротомии по поводу острого холецистита умерло 3 больных, причина смерти которых явился гангренозный холецистит, перитонит, на фоне тяжелой сопутствующей патологии. Послеоперационная летальность составила 0,1%. Количество осложнений при проведении ЛХЭ составило 16 (0,8%). Структура осложнений при проведении ЛХЭ представлена следующим образом: - кровотечение из ложа желчного пузыря на фоне некорректируемой гипертензии (у одного пациента) через 3 часа после ЛХЭ, произведен лапароскопический гемостаз; второе кровотечение диагностировано в процессе операции, произведена лапаротомия и остановка кровотечения. - интраоперационное повреждение желчевыводящих протоков – 3 больных. Пациенты направлены в РОКБ для выполнения реконструктивных анастомозов. - желчеистечение из ложа желчного пузыря -3 пациентов , проведены консервативно; несостоятельность культи пузырного протока -2 пациента, в результате «прорезывания» клипсы, устранены лапароскопическим методом (повторное клипирование культи пузырного протока) с выздоровлением пациентов - остальные осложнения: острый панкреатит - 3, желудочно-кишечное кровотечение-1 и пневмония - 2 пациента были излечены консервативными мероприятиями.

В настоящее время для повышения безопасности лапароскопических операций и снижения числа осложнений в нашей больнице внедрены следующие положения: а) лапароскопические операции выполняют только хирурги, имеющие опыт открытых операций и прошедшие специализацию на соответствующих лицензированных академических базах, б) соблюдение принятого в клинике алгоритма проведения вмешательства, в) прецизионная техника при работе с "трубчатými" структурами, г) «конверсия» по благоразумию, д) проведение всем больным комплекса профилактики тромбоэмболических осложнений.

46. Миниинвазивные методы в лечении механической желтухи

Рузибойзода К.Р.^{1,2}, Курбонов К.М.^{1,2}, Даминова Н.М.³, Азиззода З.А.^{1,2}

Душанбе, Таджикистан

¹Кафедра хирургических болезней №1 ТГМУ им. Абуали ибни Сино

²ГУ «Комплекс здоровья Истиклол»

³Кафедра общей хирургии №1 ТГМУ им. Абуали ибни Сино

Актуальность проблемы. Одним из тяжелых осложнений желчнокаменной болезни, является механическая желтуха (МЖ). При развитии МЖ происходит каскад различных синтетических нарушений, сопровождающейся высокой гипербилирубинемией, портальной и системной эндотоксемией с развитием печеночной недостаточности. Выполнение традиционных методик разрешения МЖ за счет своей повышенной инвазивности сопровождается высокой частотой осложнений и летальности. В этих ситуациях применение миниинвазивных декомпрессивных вмешательств желчных протоков адекватно разгружают желчное дерево, а также снижают травматичность операции и главное создает благоприятное условие для выполнения радикальных оперативных вмешательств.

Цель исследования – улучшение результатов лечения больных с МЖ за счет эффективного применения миниинвазивных декомпрессивных вмешательств.

Материалы и методы. Располагаем опытом диагностики и миниинвазивного декомпрессивного лечения 350 больных с МЖ доброкачественного генеза за последние 10 лет. Женщин было – 220 (62,85%), мужчин – 130 (37,15%). Возраст пациенток составил от 18 до 94 лет. Согласно классификации Э.И. Гальперина и соавт. В 95 (27,1%) наблюдениях МЖ (класс А) была легкой степени, где сумма баллов составило ≤ 4 баллов, средняя (класс В) – 5 – 13 баллов имело место у 120 (34,3%) больных и тяжелый (класс С) - ≥ 13 баллов – в 135 (38,6%) наблюдениях. Причиной доброкачественной МЖ в 230

(65,7%) наблюдениях было холедодохолитиаз, в 75 (21,4%) случаях – рубцовые сужения большого сосочка двенадцатиперстной кишки (РС БС ДПК) (n=50), сформированных билиодигестивных анастомозов (n=25) и хронический панкреатит – 45 (12,8%). Для диагностики МЖ, её причин, уровня обструкции и тяжести, больным проводили клиничко-биохимическое исследование крови, лучевые методы диагностики – УЗИ, КТ, МРТ, а также чрескожная чреспеченочная холангиография (ЧЧХ), ЭРХПГ и ФГДС.

Результаты и обсуждение. Для коррекции МЖ в 154 (46,6%) случаях выполняли эхоконтролируемые чрескожные декомпрессивные вмешательства, в 196 (56%) наблюдениях производили эндоскопические чреспапиллярные вмешательства (ЭЧВ), еще в 16 случаях ЭЧВ сочеталось с ЧЧХС, выполненные под УЗ-контролем. Для разрешения МЖ с дистальной обструкции в 92 (26,2%) наблюдениях выполняли ЭПСТ, в 72 (20,5%) – ЭПСТ с литоэкстракцией и в 32 (9,1%) ЭПСТ сочетали со стентированием. После выполнения миниинвазивных декомпрессивных вмешательств послеоперационные осложнения отмечали в 35 (10%) с 14 (4%) летальными исходами.

Выводы. Применение миниинвазивных прекутантных эхоконтролируемых и эндоскопических чреспапиллярных вмешательств в качестве первого этапа в значительной степени улучшает результаты радикальных оперативных вмешательств, выполняемых в отсроченном и плановом порядке.

47. Эффективность применения эластографии при диагностике диффузных заболеваний печени

Али-Заде С.Г.

Душанбе, Таджикистан

Кафедра хирургических болезней №1 ТГМУ им. Абуали ибни Сино

Актуальность проблемы. По сегодняшний день основным методом диагностики морфологических изменений в печени является пункционная биопсия, с помощью которой можно определить стадии фиброза печени. При этом у многих специалистов по всему миру возрастает интерес к эластографическим методам диагностики патологий гепатопанкреатодуоденальной зоны. На сегодняшний день эластография широко применяется при диагностике больных с диффузными и очаговыми поражениями печени, особенно при развитии портальной гипертензии, изменений со стороны свертывающей системы крови и т.д. Эластографические методы диагностики у таких больных являются предпочтительными в виду своей неинвазивности.

Цель исследования — определить информативность применения различных эластографических методов исследования в диагностике диффузных заболеваний печени.

Материал и методы. Нами были исследованы 49 больных с диффузными поражениями печени, среди которых у 10 пациентов был выявлен стеатогепатит, у 26 больных диагностирован гепатит и в 13 случаях наблюдался цирроз печени. Всем пациентам проводились различные варианты эластографического исследования печени - транзиентная, сдвиговолновая, компрессионная, а также компрессионная эластография при эндосонографии. Главной целью выполнения данных исследований являлось определение стадии фиброзного процесса в паренхиме печени. Кроме того, всем пациентам в качестве референтного метода была выполнена пункционная биопсия печени.

Результаты и обсуждение. Транзиентная эластография печени показала свою высокую информативность при диффузных заболеваниях печени у 42 (85,7%) больных. Меньшую информативность среди больных с циррозом печени показал метод компрессионной эластографии, из-за возникновения «эластографических перекрестов» между гепатитами и циррозами. В свою очередь, при гепатитах и циррозах печени большую информативность показал метод сдвиговолновой эластографии. Метод компрессионной эластографии при эндосонографии у больных с диффузными

заболеваниями печени рекомендуется применять при наличии у пациента сопутствующей патологии, являющейся в свою очередь показанием для её выполнения, к таковым заболеваниям можно отнести панкреатит, холедохолитиаз, очаговые образования в области печени и гастродуоденальной области и т.д. Данный факт обусловлен тем, что в 13% случаев результаты оказались ложноположительными вследствие наличия некоторых факторов, ограничивающих применение данного метода для определения стадии цирроза печени, а именно, близкого расположения крупных сосудов к поверхности эндосонографического датчика, а также непереносимости пациентами данного исследования. Общая специфичность методов эластографического исследования печени составила 97,8%, чувствительность методов составила 91,5%, точность методов составила 94,3%.

Выводы: 1. Наиболее информативным среди эластографических методов исследования при всех формах диффузного поражения печени является транзиентная эластография; компрессионная эластография печени менее информативна для пациентов, страдающих циррозом; сдвиговолновая эластография показала свою высокую информативность при всех клинических формах диффузного поражения печени. Метод компрессионной эластографии при эндосонографии у больных с диффузными заболеваниями печени рекомендуется применять при наличии у пациента сопутствующей патологии, являющейся в свою очередь показанием для её выполнения. 2. Общая специфичность методов эластографического исследования печени составила 97,8%, чувствительность методов составила 91,5%, точность методов составила 94,3%.

48. Эхоконтролируемые декмпрессивные вмешательства при остром холецистите

Курбонов К.М.^{1,2}, Рузбойзода К.Р.^{1,2}, Даминова Н.М.³, Саидов Р.Х.¹, Султонов Б.Дж.¹, Муродов У.К.¹
Душанбе, Таджикистан

¹Кафедра хирургических болезней №1 ТГМУ им. Абуали ибни Сино

²ГУ «Комплекс здоровья Истиклол»

³Кафедра общей хирургии №1 ТГМУ им. Абуали ибни Сино

Актуальность проблемы. Острый холецистит (ОХ) и ее осложнения являются широко распространенной патологией в неотложной абдоминальной хирургии. Прогрессирование воспалительно-деструктивных изменений в желчном пузыре при ОХ способствует возникновению перипузырного абсцесса и плотного инфильтрата, охватывающий печеночно-двенадцатиперстную связку, ободочную кишку в значительной степени затрудняют выполнение операции. Наличие пожилого и старческого возраста, сопутствующего заболевания ещё больше создают сложную ситуацию в хирургии ОХ.

Цель исследования – улучшение результатов хирургического лечения больных с острым холециститом.

Материалы и методы. Последние годы для лечения ОХ у пациентов с высоким операционно-анестезиологическим риском в 64 случаях эффективно применяли двухэтапный метод лечения. Мужчин было 18 (28,1%), женщин – 46 (71,9%). Возраст пациентов составило от 56 до 86 лет. В 70% наблюдений больные были госпитализированы позже 24 часа от начала возникновения приступа ОХ. Прогрессирование сроков заболевания от момента приступа до госпитализации увеличивало частоту деструктивных форм ОХ. Так острый флегмонозный холецистит наблюдалось у 32 (50%) больных, острый гангренозный холецистит – у 20 (31,25%), ОХ с плотным перивезикальным инфильтратом – 8 (12,5%) и ОХ с перивезикальным абсцессом 4 (6,25%). Для диагностики ОХ и его осложнений больным проводили клинико-лабораторные и инструментальные методы исследования, включая УЗИ и КТ по показаниям.

Результаты и обсуждение. Всем пациентам при поступлении проводили дезинтоксикационную, спазмолитическую и антибактериальную терапию, эффективность которых оценивали по показателям клинико-лабораторных данных и результатов УЗ-мониторинга. Показаниям к миниинвазивным декомпрессивным эхоконтролируемым вмешательствам при ОХ являлись: • Ухудшение визуализации наружного контура желчного пузыря и элементов гепатодуоденальной связки; • Увеличение толщины стенки желчного пузыря до 6-25мм (норма 3мм) и появление двойного контура желчного пузыря, равномерной слоистости стенки; • Увеличение длины желчного пузыря более 10 см и его объема более 70 см²; • Наличие вклиненных конкрементов в шейке желчного пузыря; • Наличие свободной жидкости в подпеченочном пространстве; • Пациенты пожилого и старческого возраста; • Тяжелые сопутствующие заболевания в стадии суб- и декомпенсации; • ОХ осложненной перивезикальным абсцессом и инфильтратом; • Тяжесть состояния больных по шкале АРАСНЕ II – выше 18 баллов. Наблюдавшимся пациентам в 40 (62,5%) случаев выполняли чрескожную чреспеченочную микрохолецистостомию, в 24 (37,5%) – чрескожную (чреспузырную) микрохолецистостомию. Послеоперационные осложнения наблюдались, а 1 случае, летальных исходов не было. После стихания воспалительных процессов на 10-12 сутки послеоперационного периода 56 (87,5%) больным выполняли второй этап операции – холецистэктомия, в 8 наблюдениях эхоконтролируемые вмешательства оказались окончательными методами лечения больных с ОХ.

Выводы. Эхоконтролируемые декомпрессивные вмешательства при ОХ у больных пожилого и старческого возраста с тяжелыми сопутствующими заболеваниями являются эффективными методами лечения ОХ позволяющий выполнить радикальные операции в благоприятных для больного условиях.

49. Оптимизация выбора метода эндоскопического гемостаза при язвенных гастродуоденальных кровотечениях

Совцов С.А., Подшивалов В.В., Садилова Е.С.
Челябинск
ФГБОУ ВО ЮУГМУ Минздрава России

Актуальность проблемы. В последние годы у нас в стране отмечается рост больных с гастродуоденальными кровотечениями, как из хронических, так и из острых язв. Причинами этого, являются продолжающееся увеличение числа пациентов как с язвенной болезнью желудка и 12 перстной кишки, так и острыми повреждениями слизистой оболочки верхних отделов желудочно-кишечного тракта. Вместе с тем, отмечается улучшение непосредственных результатов лечения, что обусловлено использованием современных технологий эндоскопического гемостаза: аргоно-плазменная коагуляция, новых клеевых аппликационных препаратов, клипирование и др. Однако число случаев рецидивов кровотечения остается на достаточно высоком уровне 6-12%.

Цель работы. Улучшение результатов лечения больных с язвенными гастродуоденальными кровотечениями за счет снижения числа их рецидивов.

Материал и методы. В период за 2015-2018 гг. в ГБУЗ «ОКБ № 3» г. Челябинска нами было пролечено 382 пациента по поводу язвенной кровотечений из верхних отделов желудочно-кишечного тракта. При экстренной эзофагогастродуоденоскопии, выполненной в первые два часа от момента госпитализации больных в стационар, источниками кровотечения были : острая язва желудка у 99 (34%) человек, острая язва 12перстной кишки – 59 (20%), хроническая язва желудка -35 (12%), хроническая язва 12 перстной кишки – 62 (21%) , множественные язвы с локализацией в желудке и 12перстной кишке – 21 (7%) и язва гастроэнтероанастомоза обнаружена у 16 (6%) больных. Степень интенсивности кровотечения определены как: FIA -15 (3.9%), F IB – 69 (18.1%), FIIA – 65 (17,02%), FIIВ – 92 (24,08%), FIIС – 84 (21,99%), FIII – 57 (14.88%).

Число рецидивов кровотечения в первые 72 часа после проведения эндогемостаза отмечено у 10 человек (2,9%).

Результаты и обсуждение. К сожалению, на настоящий момент в литературе, посвященной эффективности использования эндоскопического гемостаза, практически отсутствуют рекомендации по конкретному виду его применения: физического, химического, механического. Мы считаем, что в ряде случаев малая эффективность лечебных мероприятий обусловлена отсутствием учета месторасположения кровоточащего сосуда в слоях стенок желудка и 12перстной кишки. В связи с этим, мы разработали собственные подходы к использованию различных видов эндоскопического гемостаза (физического, химического, механического, комбинированного) в зависимости от размеров и глубины поражения стенок желудка и 12перстной кишки, при которых возникают острые кровотечения. Нами выделены два вида таких дефектов тканей: 1. Когда кровоточащий сосуд расположен только в пределах слизистой оболочки желудка и 12перстной кишки; 2. Когда источник кровотечения расположен в подслизистом или мышечном слоях оболочки полых органов желудочно-кишечного тракта. Поэтому, при локализации кровоточащего сосуда в слизистой оболочке практически всегда удавалось остановить имеющееся кровотечение с использованием методов физического и химического гемостаза (аргоно-плазменная коагуляция, использование современных клеевых аппликационных препаратов). Если источник кровотечения был расположен в более глубоких слоях, то методом выбора являлся механический гемостаз (клипирование сосуда, создание инфильтрации тканей с целью механического сдавления приводящих сосудов) с комбинированием гемостатических мероприятий другого вида (введение в дно язвы склерозанта, размещение аллопланта и т.п.). Это позволило остановить кровотечение в 98% случаях (в сравниваемой группе пациентов кровотечение не удалось остановить у 6 человек.); достоверно снижено число экстренных операций, выполняемых в более неблагоприятных условиях ($p = 0,012$) - в 2,6 раза (с 25% до 8%). Рецидив кровотечения отмечен лишь у 2,9% больных. Полученные достаточно хорошие результаты лечения мы считаем, что они обусловлены именно выбором конкретного вида эндогемостаза в зависимости от месторасположения источника язвенного кровотечения в толще слоев желудка и 12перстной кишки.

Выводы: совокупность повышения результативности диагностического и лечебного этапов экстренного эндоскопического исследования достоверно ($p < 0,05$) улучшает непосредственные результаты лечения острых гастродуоденальных кровотечений, в основном за счет значительного уменьшения числа их рецидивов.

50. Особенности выполнения «однопортовой» холецистэктомии штатным лапароскопическим инструментарием

Мужиков С.П.¹, Барышев А.Г.^{1,2}, Ровойой А.А.¹, Порханов В.А.^{1,2}, Салихов Д.М.¹,
Агаджанян Д.З.^{1,2}
Краснодар

¹ГБУЗ «Научно-исследовательский институт-Краевая клиническая больница №1 им. проф. С.В. Очаповского» Министерства Здравоохранения Краснодарского края
²ГБОУ ВПО «Кубанский государственный медицинский университет»
Министерства Здравоохранения России, кафедра хирургии №1 ФПК и ППС

Выполнение хирургического вмешательства из минимально травматичного доступа является главным хирургическим трендом последних десятилетий. Лапароскопическая холецистэктомия (ЛХЭ) давно стала стандартным хирургическим вмешательством, однако, однопортовая холецистэктомия (ОХЭ) ещё менее травматична, сопровождается менее выраженным болевым синдромом, что сокращает время реабилитации, принося экономическую выгоду, кроме того, улучшает косметический эффект. Для выполнения ОХЭ необходим комплект специализированных инструментов, широкое применение которых ограничено в связи с высокой стоимостью.

Цель работы: разработать технику выполнения и критерии отбора больных для выполнения ОХЭ при помощи использования стандартного набора лапароскопических инструментов.

Материалы и методы: за период с 2013 по 2018 годы на базе хирургического отделения №2 выполнено 1200 традиционных ЛХЭ по поводу хронического холецистита, 550 срочных лапароскопических операций по поводу острого холецистита (ОХ), 110 холецистэктомий лапаротомным доступом. ОХЭ штатным лапароскопическим инструментарием по поводу хронического калькулёзного холецистита выполнялось 126 пациентам, что составляет 10,5 % от общего количества миниинвазивных вмешательств, конверсий в стандартную ЛХЭ было 2 (1,5%), также было выполнено 10 ОХЭ по поводу ОХ (1, 8% от общего количества пациентов с данной патологией). ОХЭ штатным медицинским инструментарием начиналось с выполнения трансумбиликарного доступа. В стандартной точке для «рутинной» ЛХЭ устанавливается лапаропорт 10 мм для введения оптики. Справа и слева от него в разных плоскостях на расстоянии 1 см от центрального лапаропорта устанавливаются стандартные лапаропорты 5 мм для манипуляторов. Установка их в разных плоскостях обеспечивала больший объем движений инструментами, что облегчало проведение операции. Для улучшения визуализации треугольника Кало выполняли прошивание дна желчного пузыря через серозный слой с выведением лигатур на переднюю брюшную стенку. Дополнительно лигатуры клипировали в точках вкола в стенку желчного пузыря. Выполняли рассечение брюшины с помощью коагуляционного крючка, выделение пузырного протока, пузырной артерии, при необходимости адгезиолизиса. Для введения клипатора в брюшную полость необходима замена 5мм лапаропорта справа на стандартный 10 мм лапаропорт. После выполняли все этапы холецистэктомии по принципу «рутинной» ЛХЭ. Для извлечения желчного пузыря рассекали апоневроз с объединением точек установки двух стандартных 10 мм лапаропортов. Общий дефект апоневроза не превышал 2-3 см, как и при традиционной ЛХЭ, чего было достаточно для извлечения желчного пузыря, рану послойно ушивали.

Результаты. В данном исследовании выявлен ряд сложностей при выполнении ОХЭ. Технические трудности наблюдались у пациентов с избыточной массой тела, гепатомегалией, гипертрофией третьего сегмента печени, выраженным спаечным процессом, воспалительными изменениями в области шейки желчного пузыря. Таким образом, удалось выбрать критерии отбора пациентов для выполнения ОХЭ штатным инструментарием: ИМТ меньше 35 кг/м², КВР меньше 150 по данным УЗИ, отсутствие воспаления в области шейки желчного пузыря по данным УЗИ. У оперированных с использованием единого порта болевой синдром был ниже, чем у пациентов с ЛХЭ (болевой синдром проявлялся меньше при оценке по шкале VAS), - на следующие сутки пациенты просились на выписку из стационара и не нуждались в обезболивании, процент послеоперационных осложнений достоверно не отличался. Послеоперационная рана после ОХЭ ушивалась несъемным интрадермальным швом, что наряду с выраженным косметическим эффектом снижало расход перевязочного материала, и также упрощало реабилитацию в послеоперационном периоде как для пациента, так и для персонала, в связи с отсутствием необходимости длительных многократных перевязок, снятия швов.

Выводы: 1) разработанная техника операции и критерии отбора пациентов для проведения ОХЭ штатными лапароскопическими инструментами позволили не увеличить среднее время проведения вмешательства и получить хорошие ближайшие результаты, - частота осложнений не была выше, чем у пациентов после «рутинной» ЛХЭ; 2) у пациентов после ОХЭ достоверно ниже были проявления послеоперационного болевого синдрома; 3) внедрять ОХЭ, выполняемую «стандартным» набором лапароскопических инструментов можно в специализированных хирургических центрах, что будет безопасно для пациентов, позволит добиться максимального косметического эффекта, улучшит послеоперационный комфорт больных и позволит минимизировать затраты на приобретение дорогостоящего оборудования.

51. Ультразвуковая диагностика острого аппендицита – взгляд хирурга и врача УЗД

Возлюбленный Д.Е.

Ростов-на-Дону

МБУЗ «Городская больница № 20 г. Ростова-на-Дону»; ФГБОУ ВО РостГМУ
Минздрава России

Широкое применение различных методов диагностики острого аппендицита (термометрия, анализ СРБ, и др.) не принесли облегчения по ряду причин, основные – отсутствие специфичности и патогномоничности, по сути, анализу подвергались только косвенные признаки наличия воспаления, что могло быть и без воспаления в червеобразном отростке. Существующие многочисленные диагностические шкалы как отечественных, так и зарубежных авторов не приобрели широкого применения в связи с дороговизной, трудоемкостью, недостаточной информативностью. Перспективными являются иммунологические способы диагностики, однако они в настоящий момент остаются в рамках теории. Учитывая, что патогномоничных симптомов, позволяющих установить диагноз острый аппендицит нет, а большинство клинических симптомов свидетельствуют лишь о локальном раздражении брюшины или прилегающих органов, поиск методов диагностики, который бы мог визуализировать червеобразный отросток с возможной оценкой наличия в нем воспаления, или изменения окружающих его тканей, продолжался. Принимая во внимание, что первичное лечебно-тактическое решение при поступлении пациента с подозрением на острый аппендицит принимается на уровне приемного отделения особенно важно иметь полноценную, достоверную информацию состояния здоровья пациента в краткие сроки как для определения маршрутизации в профильное отделение, так и для скорейших лечебных мероприятий. Удлинение сроков диагностики приводит к неблагоприятному исходу течения заболевания, повышению рисков послеоперационных осложнений. УЗИ и КТ являются методами диагностики, которые могут быть применены на уровне приемного покоя. И действительно, ультразвуковой метод нашел широкое применение в диагностике практически всех заболеваний хирургического профиля, однако широкое применение в диагностике острого аппендицита не получил. Возможные причины: 1) консерватизм большинства врачей ультразвуковой диагностики и хирургов, 2) отсутствие специальной подготовки обеих групп специалистов, 3) необоснованные опасения специалистов о длительности исследования, получения ложноположительных и ложноотрицательных результатов с возможными негативными последствиями, отсутствие желания врачей УЗД принятия юридической ответственности за решение в случаях неизменной УЗ-картины червеобразного отростка при ярко выраженной симптоматике, 4) трудоемкость и возможная длительность исследования, 5) отсутствие общепринятых УЗ-протоколов. Все эти причины связаны между собой, поэтому существующая ситуация, когда ультразвуковая диагностика острого аппендицита относится в разряде «сложных» исследований, и не в каждом стационаре имеются специалисты, которые выполняют это исследование, не кажется странной. Следует переходить от массового использования диагностической лапароскопии к неинвазивным методам (УЗИ и КТ), однако к этому имеются вышеперечисленные препятствия. При этом следует особо отметить, что выполнение УЗ червеобразного отростка является оператор-зависимой процедурой, т.к. интерпретация полученных данных требует знания основ не только УЗ-диагностики, но и всего патогенеза данного заболевания, и от врача УЗД требуется глубокое знание исследуемой темы – в ряде случаев визуализация отростка не дает ответа, есть в нем воспаление или нет.

52. Имеет ли врач право на врачебную ошибку и есть ли при этом его вина?

Возлюбленный Д.Е., Возлюбленный Е.И.
Ростов-на-Дону
МБУЗ «Городская больница № 20 г. Ростова-на-Дону»; ФГБОУ ВО РостГМУ
Минздрава России

Имеет ли врач право на врачебную ошибку и есть ли при этом его вина? Профессиональная деятельность врача и возможные ошибки в его работе вызывают большой интерес со стороны общественности, поскольку они имеют серьезные последствия для жизни и здоровья граждан, самих врачей и страны в целом. Условно можно выделить несколько подходов в определении понятия врачебной ошибки, если рассматривать возможность наличия факта вины врача в ней: она есть, ее нет или она может быть. Законодательного закрепления понятия врачебной ошибки нет, только в первой редакции ФЗ № 323 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» и в проекте ФЗ № 534829 ст. 92 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» можно встретить определение понятия врачебной ошибки - добросовестное заблуждение медицинского работника при отсутствии прямого или косвенного (халатности, небрежности) умысла (вины), направленного на причинение вреда жизни и здоровью пациента; врачебная ошибка - допущенное нарушение качества или безопасности оказываемой медицинской услуги, а равно иной ее недостаток независимо от вины медицинской организации и ее работников. В последующих редакциях данного акта упоминания о врачебной ошибке нет. Согласно данному подходу вина врача может иметь место. С точки зрения медицинской общественности большой популярностью пользуется определение Давыдовского И.В. (1941): «добросовестное заблуждение медицинского работника при отсутствии прямого или косвенного (халатности, небрежности) умысла (вины), направленного на причинение вреда жизни и здоровью пациента» или по мнению Авдеева М.И. (1969) «добросовестное заблуждение специалиста, основанное на недостатке у него профессионального опыта, на несовершенстве специальных методов исследования, применяемых им в своей практической работе, на несовершенстве отрасли знания, в которой он является специалистом». Согласно данному подходу вины врача в этих случаях нет. Греков И.И. (1926) выделял ошибки на «ошибки невольные, неизбежные, «законные», которые зависят от несовершенства знания и недостатка диагностических приемов, невозможности применить к данному больному всех существующих методов исследования, от неполноты или отсутствия некоторых клинических данных (например анамнеза), зависят от свойств самой болезни, проявляющей себя малым числом нехарактерных симптомов, или наоборот, путанной смесью самых разнообразных признаков, как бы нарочно маскирующих источник и сущность заболевания (скрытые болезни); и «ошибки, основанные на несоблюдении правил клинического исследования, поверхностном осмотре, лени, утомлении, спешки, отсутствие внимания и др.». Возможно ли избежать врачебной ошибки? Данный вопрос является достаточно сложным, особенно в такой сфере деятельности, где успех зависит от множества разнообразных условий, которые не все в свою очередь могут контролироваться и анализироваться врачом. «В хирургии нет мелочей» - азбучная истина, но возможно ли, принимая во внимание крайне большое множество этих «мелочей», постоянную их изменчивость, не допустить ошибки? Как отметил Сапожков К.В. (1932): «Наличие ошибки хирурга в случае смерти больного после операции может быть доказано и без вскрытия умершего, чисто логическим путем. Ни один хирург не приступит к операции, если у него нет абсолютно никаких шансов на спасение жизни больного. Пусть эти шансы крайне ничтожны, как скажем ничтожны шансы на крупный выигрыш, но все же без единого шанса на благополучный исход операции ни один хирург операцию делать не будет. Если после операции больной умирает, значит - в расчетах хирурга на этот единственный шанс, другими словами – при учете им всех «мелочей» и условий операций, он чего-то недоучел, у него где-то произошла ошибка. Подлежит ли хирург ответственности за свои ошибки или нет? Конечно – да! Все дело сводится только к тому,

за все ли свои ошибки хирург должен нести ответственность, в какой форме он должен ее нести и в каком оформлении должно вестись обсуждение ошибок хирурга?» Современная практика привлечения врачей к ответственности по статьям УК РФ, без учета особенностей их профессиональной деятельности является вынужденной из-за отсутствия законодательно утвержденного понятия термина «врачебная ошибка», а отсутствие разбора причин ее возникновения не позволяет улучшить оказание медицинской помощи. Возможное принятие в УК РФ т.н. «медицинских статей» без учета специфики врачебной деятельности и ответственности не позволит улучшить качество оказания медицинской помощи.

53. Как предупредить правонарушения в хирургической практике

Возлюбленный С.И.

Омск

Министерство здравоохранения Омской области

Конституция Российской Федерации определила правовые основы граждан на охрану здоровья и медицинскую помощь и гарантирует их реализацию с помощью Федеральных законов. Основопологающим гарантом прав на охрану здоровья граждан является Федеральный закон от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан Российской Федерации». Несоблюдение медицинскими работниками конституционных гарантий по охране здоровья граждан и оказанию медицинской помощи расценивается как правонарушение с различными видами ответственности: от дисциплинарной и административной до уголовной ответственности. В связи с этим очевидна необходимость рассмотрения на хирургических конференциях и съездах вопросов правового обеспечения оказания хирургической помощи населению Российской Федерации на основе анализа причин возникновения правонарушений и разработки мероприятий по их профилактике. От ненадлежащего оформления медицинской документации, информированного согласия или отказа от медицинской помощи, риска проведения оперативных вмешательств, предотвращения недооценки тяжести состояния пациентов, поступающих в хирургические стационары, соблюдения порядка и стандартов в хирургической практике зависят результаты проводимого лечения пациентов и судьба врача-хирурга.

54. Оценка эффективности мини-инвазивных технологий в лечении эхинококка печени

Абдулжалилов М.К., Иманалиев М.Р., Абдулжалилов А.М., Исаев Х.М-Р.,
Бекмурзаев Ш.Ш.

Махачкала

ФГБОУ ВО «Дагестанский государственный медицинский университет МЗ РФ»

Актуальность. Высокие показатели послеоперационных осложнений и летальности при открытых вмешательствах при эхинококкозе печени диктует необходимость внедрения мини-инвазивных хирургических вмешательств при данной патологии, эффективность которых у большинства исследователей не вызывает сомнений.

Материал и методы. В работе представлен ретроспективный анализ результатов пункционного лечения эхинококковой кисты печени под УЗ-навигацией у 27 пациентов в возрасте от 17 до 66 лет. Среди них мужчин было 25 (92,6%), женщин 2 (7,4%). Эхинококковая киста у 3 (11,1%) пациентов локализовалась в левой доле печени, у 24 (88,9%) - в правой. В правой доле чаще всего киста располагалась в 7 (33,3%) сегменте. Все кисты в данном клиническом материале были однокамерными, они располагались внутривнутрипеченочно. Объем кист колебался от 100 до 2500 мл, а диаметр от 5,4 до 19,0 см (от СЕ1s - СЕ11). Эозинофилия от 4 до 15% наблюдалась у 6 (22,2%), у 9 (33,3%)

повышение СОЭ, у 6 (22,2%) высокий лейкоцитоз. Для диагностики и пункционного лечения мы использовали УЗИ-аппарат “Алока – SSD-650”, с датчиками частотой 3,5 МГц, а также набор МИТ «Минимально инвазивные технологии» (Россия). Дренирование полостей кист производилось по методу Сельдингера, а при кистах больших размеров, использовался стилет-катетер. Для предотвращения возможного обсеменения брюшной полости, пункционные вмешательства производились через паренхиму печени толщиной не менее 4 см. При соблюдении этих условий было отмечено отсутствие подтекания жидкости мимо дренажа из кисты в брюшную полость. Оперативные вмешательства под УЗ-контролем выполнялись под местной анестезией. В своей практике мы применяем наиболее распространенный метод мини-инвазивного лечения эхинококка - PAIR (Puncture, Aspiration, Injection, Re-Aspiration) (H.G. Schipper). После попадания в полость эхинококковой кисты пункционную иглу извлекали, устанавливали дренаж по методу Сельдингера. Через катетер производили максимально возможную эвакуацию содержимого кисты вместе с хитиновой оболочкой. Затем в полость вводили 98% глицерин с экспозицией 10-12 минут в объеме равной 1/3 объему жидкости, аспирированной из кисты. Содержимое кисты вновь максимально аспирировали. Затем ежедневно в полость кисты после промывания раствором антисептика до «чистых вод» вводили 1% раствор диоксида. В послеоперационном периоде пациенты получали антибиотики широкого спектра действия, анальгетики, инфузионную терапию, а после выписки из стационара с целью профилактики рецидива проводили терапию альбендазолом по 800 мг в сутки 3 курса по 28 дней с перерывом 14 дней.

Результаты и обсуждение. У пациентов молодого возраста, несмотря на антибактериальную терапию, в раннем послеоперационном периоде отмечали гипертермию. Гипертермию и высокий лейкоцитоз мы наблюдали у пациентов при наличии связи эхинококковой кисты с желчными путями, развитии осложнений в раннем послеоперационном периоде со стороны плевральной полости или раны, а также неадекватном дренировании остаточной полости. Болевой синдром был при мини-инвазивных вмешательствах менее выражен, о чем свидетельствует то, что 50,0% пациентов основной группы получали наркотические анальгетики в первые сутки после операции от 1 до 3 раз. В группе сравнения пациенты получали наркотические анальгетики 3-4 суток после операции. УЗ – контроль в послеоперационном периоде проводили с целью регистрации динамики сокращения остаточной полости, а также оценки адекватности дренирования. Средняя длительность стационарного лечения пациентов с эхинококковой кистой печени при использовании открытых операций составил 23,0±2,9, а при мини-нвазивном лечении 18,2±5,2 к-дней (P>0,05).

Выводы: 1). Число пациентов с эхинококком печени не имеет тенденцию к снижению. 2). В связи с большой травматичностью, тяжелым течением раннего послеоперационного периода, высокой частотой осложнений открытые способы хирургического лечения эхинококка печени в настоящее время не имеют большого распространения. 3). Мини-инвазивные методы хирургического лечения эхинококка печени в связи малотравматичностью, возможностью выполнения под местной анестезией даже у пациентов с тяжелой сопутствующей патологией со стороны сердечно-сосудистой и дыхательной систем, относительно легким течением послеоперационного периода, экономической эффективностью в настоящее получают широкое применение в хирургической практике. 4). Совершенствование технологии мини-инвазивных вмешательств позволит в ближайшем будущем разработать технологии для лечения многокамерных кист и сократить при этом продолжительность стационарного лечения.

55. Морфологическая модель оценки эффективности применения биоматериалов в хирургии СДС

Корейба К.А.¹, Минабутдинов А.Р.², Цыплаков Д.Э.³

Казань

¹Кафедра хирургических болезней ФГБОУ ВО «Казанский государственный медицинский университет» Минздрава России

²Центр «Диабетическая стопа» ГАУЗ «Клиника медицинского университета», г. Казань

³Кафедра общей патологии ФГБОУ ВО «Казанский ГМУ» Минздрава России

Актуальность. Одной из приоритетных проблем современной хирургии является лечение трофических дефектов кожи и мягких тканей. Наиболее тяжело течение дефектов тканей протекает у когорты коморбидных пациентов. Проявлением высшей степени коморбидности являются больные с сахарным диабетом. Сахарный диабет (далее СД) является острейшей медико-социальной проблемой, как в нашей стране, так и во всем мире. На 1.01.2016 в мире официально зарегистрировано порядка 415.000.000 больных сахарным диабетом. Только 46,5% взрослого населения на планете знают о своем заболевании. В России (пятое место в мире) на 1.01.16, согласно государственного регистра этим заболеванием страдает 12.100.000 больных (<https://www.idf.org/>). Стандартные методы лечения синдрома диабетической стопы (далее СДС) не всегда позволяют достичь заживления раневого дефекта и предупредить ампутацию, что делает актуальным поиск новых лечебных подходов. В современной реконструктивной и пластической хирургии получили развитие и широко применяются методы органоспецифического замещения поврежденных структур с помощью биосовместимых материалов. На сегодняшний день наиболее распространёнными являются биопластические материалы матрично-пластической группы, представленных биопластическими материалами, которые в условиях раневого процесса выполняют преимущественно заместительную (пластическую) функцию, а затем, стимулируют образование собственных тканей организма. По сути, это - «биodeградируемые раневые покрытия с функциональными свойствами».

Материалы и методы. Улучшение качества лечения раневых дефектов кожи и мягких тканей в амбулаторных условиях и условиях дневного стационара, внедрение в клиническую практику и изучение эффективности новых научных разработок путем применения биопластических коллагеновых материалов (патент №2619257 от 12.05.2017 г. РОСПАТЕНТ ФГУ ФИПС РФ), повышение продуктивности хирургического пособия при данной патологии. Однако, остается открытым вопрос оценки эффективности коллагенсодержащих материалов с позиций доказательной медицины. Нами предложена методика, с помощью которой выявляются специфические маркеры (а/г) к фибробластам тканей и эпителиальным клеткам. Фиксация материала осуществлялась в 10% нейтральном формалине по Лилли или жидкости Боуэна. Согласно общепринятой методике (Саркисов Д.С., Перов Ю.Л., 1996) после соответствующей проводки по спиртам возрастающей концентрации следовала обработка в ксилоле и заливка в парафин. На микротоме Leica SM 2000R изготавливались парафиновые срезы толщиной 4-5 мкм. Полученные препараты окрашивались гематоксилином и эозином, по ван Гизону, а также использовались для иммуногистохимического исследования (Taylor S.R., Cote R.J., 1994) с помощью набора моноклональных антител (МКАТ). Связывание первых антител с клеточными и структурными элементами определялось при помощи стандартного биотин-стрептавидин-пероксидазного метода (DAKO: LSAB® + System-HRP, код K0690) с диаминобензидином в качестве хромогена и дополнительной окраской гематоксилином Майера.

Вывод. Во всех наблюдениях имела место выраженная клеточная инфильтрация биопластической пленки, которая плотно прилежала к области язвенного дефекта. Здесь выявлялись нейтрофилы, лимфоциты, макрофаги и фибробласты. Последние определялись иммуногистохимически МКАТ против виментина. При этом реакция МКАТ против пан-цитокератинов была отрицательной. Кроме того, иммуногистохимический анализ выявлял здесь отдельные эпителиальные клетки – кератиноциты. В подлежащих тканях при этом стихала воспалительная реакция с

уменьшением объема некроза и началом репаративных процессов. Это выражалось в пролиферации кровеносных сосудов с развитием вокруг соединительнотканых структур по типу формирования грануляционной ткани.

56. Критерии выбора модели хирургического лечения больных с осложненными формами хронического панкреатита

Коробка Р.В., Коробка В.Л., Шаповалов А.М., Громыко Р.Е., Даблиз Р.О., Хоронько Р.Ю., Попроцкий В.В., Чижиков Н.Б., Воблый И.Н., Костюк К.С., Данильчук О.Я.
Ростов-на-Дону
ГБУ РО РОКБ

Актуальность. Наличие у больных осложнённых форм хронического панкреатита определяет вариант хирургического лечения. Диагностика осложнений в ряде случаев вызывает определенные трудности, что приводит к неадекватному хирургическому лечению.

Целью работы стал анализ хирургического лечения осложненного хронического панкреатита.

Материалы и методы. С 2005 года по 2019 г. в ГБУ РО РОКБ с диагнозом хронический панкреатит пролечено 554 больных, из них женщины - 32,44%, мужчины – 67,56%. Средний возраст больных составил 49,38±13,23 лет. При обследовании в 81,41% случаев 451 пациент предъявлял жалобы на боль постоянного характера в верхних отделах живота. Желтушность кожных покровов и склер была у 224 (40,43%), периодически возникающие тошнота у 248 (44,77%), рвота у 184 (33,21%) больных. Все пациенты были оперированы в объеме дренирующих – 256 (46,21 %) человек (открытых и минимальноинвазивных) и резекционных вмешательств - 298 (53,79%) человек (органосохраняющих и расширенных). Для оценки результатов хирургического лечения все пациенты были разделены на две временные группы: группа 1 – больные, оперированные в период с 2005 по 2011 г, группа 2 – пациенты, перенесшие оперативное лечение с 2011 по 2019 год. В первой группе было прооперировано 205 человек, преимущественным хирургическим объёмом у них были минимальноинвазивные и открытые дренирующие операции, доля резекций поджелудочной железы не превысила 32 %. В течение этого периода 118 (57,56%) больных обратились за хирургической помощью повторно, из них 60 (29,27%) человек по причине незавершенного хирургического лечения на 1-м этапе, а 58 (28,29%) человек по причине рецидива хронического панкреатита, и появление симптомов, не характерных для классического течения заболевания. Проанализировав полученные результаты, мы пришли к выводу, что у больных с рецидивом заболевания объём хирургического пособия вероятнее всего был недостаточным, связанным с дефицитом диагностической информации. Таким образом, начиная с 2011 года по настоящее время на дооперационном этапе мы используем диагностический протокол с расширенными критериями, учитывающими вовлечение смежных с поджелудочной железой органов и структур в патологический процесс. Во второй временной группе пролечено 397 человек, в число которых вошли 58 пациентов с рецидивом заболевания, оперированных ранее. В ходе обследования больных по расширенному диагностическому протоколу, было установлено, что у 67,76%, основные проявления хронического панкреатита, такие как: механическая желтуха, хроническая дуоденальная непроходимость, гастростаз, портальная гипертензия, возникли по причине компрессии смежных с поджелудочной железой органов и структур, в первую очередь кистами, а у 32,24% - вовлечением смежных органов в фиброзный процесс. Полученные данные обосновали увеличение числа резекционных вмешательств, доля которых составила 48,61%, при этом в 14,61 % случаев операцию дополняли вмешательством на смежных органах.

Результаты. Частота запланированных вторых этапов хирургического лечения в обеих группах была сопоставима: в 1-й группе - 29,27%, во 2-й – 28,21% (p=0,374).

Частота возникновения рецидивов в обеих группах имела статистически значимые различия: в 1-й группе - 28,29%, во 2-й – 17,88% ($p=0,023$). Так в 1-й группе прогрессирование хронического панкреатита привело к развитию механической желтухи в 9,76%, портальной гипертензии в 3,41%, хронической дуоденальной непроходимости в 7,32% случаев. Увеличение размеров кист в сравнении с исходными данными отмечено у 6,34% больных. Во 2-й группе развитие механической желтухи в 5,79%, портальной гипертензии в 1,26%, хронической дуоденальной непроходимости в 4,03% наблюдений. Увеличение размеров кист отмечено у 3,78% больных. Доля хирургических осложнений во 2-й группе была выше, это объясняется увеличением хирургической активности, а также увеличением числа больных, оперированных ранее. В 1-й группе несостоятельность панкреатодигестивных анастомозов составила 0,98%, во 2-й - 1,51% ($p=0,017$); частота аррозивных кровотечений в 1-й - 0,49%, во 2-й - 1,51% ($p=0,029$).

Выводы. Таким образом, использование в клинической практике расширенного диагностического протокола у больных с осложненными формами хронического панкреатита позволяет определять наиболее верную хирургическую программу для каждого больного, что сокращает число рецидивов заболевания и повторных вмешательств.

57. Пространственная ориентация сосудисто-нервных образований нижней конечности как топографо-анатомическая основа оперативных вмешательств

Ахмедов А.Х., Фомин Н.Ф., Малеев Ю.В.

Санкт-Петербург

Военно-медицинская академия (СПб) им. С.М. Кирова

Актуальность. Расширение показаний в 21 веке к вмешательству на артериях и нервах с диагностической и лечебной целью предъявляет повышенные требования к изучению сосудисто-нервных пучков человеческого тела на различных уровнях с учётом их возможных вариантов, аномалий развития, диаметра, углов отхождения, возможных коллатеральных связей и проекций.

Цель исследования. Изучить индивидуальные особенности строения и топографии сосудисто-нервных пучков, паравазальных клетчаточных пространств, костно-фасциальных футляров на разных интервальных уровнях сегментов нижних конечностей (НК), на основании чего разработать практические рекомендации для клинической практики.

Материалы и методы исследования. 37 нижних конечностей от 77 нефиксированных трупов людей (37 женщин и 40 мужчин), умерших в возрасте от 25 до 94 лет в результате травм и заболеваний, не связанных с поражением НК. 130 прижизненных лучевых исследований (МРТ, КТ) лиц обоего пола без патологии НК. Использовалась оригинальная методика поинтервальной морфометрии НК, глубокая заморозка до -300 C^0 , авторская маркировка распилов с последующим их обезжириванием и обезвоживанием в ацетоно-гексановом консерванте, воссоздание виртуальной 3D-модели НК с помощью ПО Rhinoceros 64.

Результаты и обсуждение. Усовершенствован метод замороженных распилов, предложенных Н.И. Пироговым, что обусловлено современными техническими возможностями. При шаге поперечных распилов НК в 0,4-1,0 см их количество с одной исследуемой конечности составило от 72 до 86 субсегментов, фотографии которых были переведены в «компьютерную среду виртуальной реальности». На основе последовательно применяемых многомерных методов статистической обработки информации (корреляционного, факторного, кластерного, дисперсионного анализов) предложена новая типология НК для выявления индивидуальных топографо-анатомических особенностей ее структур. При 3D-реконструкции НК использовались данные МРТ и КТ, что позволило провести клинико-анатомические параллели.

Выработанная методика поинтервальной морфометрии НК с привязкой к постоянным костным ориентирам позволяет проводить анализ получаемой информации при прижизненном и посмертном анатомическом методах исследования с точностью, исключающей ошибку в измерениях исследуемых органов на изучаемых конечностях при смене их пространственного расположения. Сформировано четкое представление о диапазоне «анатомической нормы» изучаемых анатомических образований на различных интервалах сегментов с четким определением секторов безопасности при хирургических вмешательствах на НК. Разработанная модель дает полное представление о синтопии, скелетотопии и голотопии клинически интересующих анатомических образований, позволяет вычислить и уточнить сектора «операционной безопасности» при проведении широкого спектра медицинских манипуляций и оперативных вмешательств на всех уровнях НК. Создана трехмерная модель НК, наглядно демонстрирующая особенности топографии ряда анатомических образований с учётом индивидуальных особенностей. Разработаны практические рекомендации по использованию полученных данных о положении сосудов и нервов НК в трёх плоскостях по всей длине сегментов с учётом индивидуальных особенностей в строении и топографии костно-фасциальных футляров НК. Трёхмерная реконструкция основных сосудисто-нервных пучков НК, воссоздаваемая на основе анатомических исследований и методов прижизненного исследования пациентов на основе полученных с помощью компьютерной томографии (КТ) и магнитно-резонансной томографии (МРТ) данных, с последующей обработкой данных в специальном программном обеспечении, позволила получить достоверные данные о морфологии, распределении и пространственной взаимосвязи основных структур НК и предоставить морфологические данные для дальнейшего хирургического вмешательства. При этом лучевые методы диагностики позволяют применить режимы жироподавления, а при изучении сосудистых образований использовать режим ангиографии, дабы получить информацию именно по хирургической и типовой анатомии сосудистых образований. Цифровая модель визуализации детально отображает сложные анатомические структуры НК.

Выводы. 1. Разработанный алгоритм строгой последовательности антропометрических исследований НК, основанный на принципиально новых подходах в ее соматометрии, многомерные методы статистической обработки информации позволили объективно отразить ее типовые особенности. 2. Путем составления четких топографо-анатомических схем, зон и направлений безопасных оперативных вмешательств на НК выработаны четкие практические рекомендации в аспекте применения различных обучающих схем для врачей. 3. Полученные новые данные представляют интерес для хирургов, травматологов-ортопедов, неврологов и нейрохирургов, а также анестезиологов-реаниматологов при лечении больных с травмами и заболеваниями периферической нервной системы и основных магистральных сосудов, а также в ходе проведения проводниковой и футлярной анестезии, минимизируют риски травматизации сосудов и нервов на НК.

58. Анализ первых данных национального реестра пациентов с посттравматическими стриктурами желчных протоков

Курмансеитова Л.И.¹, Байчоров Э.Х.¹, Кулезнева Ю.В.², Ефанов М.Г.², Цвиркун В.В.², Патрушев И.А.², Мелехина О.В.², Читнадзе А.А.², Петровский А.Н.³, Хатьков И.Е.²

¹Ставрополь, ²Москва, ³Краснодар

¹Клиника эндоскопической и малоинвазивной хирургии СтГМУ

²МКНЦ им. А.С. Логинова

³НИИ-ККБ №1 им С.В. Очаповского

Оперативные вмешательства на желчном пузыре и желчных протоках занимают первое место среди всех операций в общехирургических стационарах. Частота

диагностированных повреждений жёлчных протоков после холецистэктомии варьирует от 0,2 до 3% в зависимости от способа оперативного вмешательства. По данным Nationwide Inpatient Sample (США, 2005) Одним из основных методов коррекции этих повреждений – это своевременное формирование билиодигестивных анастомозов (БДА). В то же время стриктуры БДА развиваются в 10-20% случаев (Патютко Ю.И. с соавт., 2004; Basi С., 2004; Knebel Н.Р., 2005). В 2016 году при поддержке Ассоциации гепатопанкреатобилиарных хирургов и Российского общества хирургов создан и предложен для специалистов Национальный реестр пациентов с посттравматическими стриктурами желчных протоков (www.pbds.info). Сайт-реестр представляет собой портал, в который можно удаленно и обезличенно заносить данные о больных с посттравматическими билиарными стриктурами в процессе лечения и динамического наблюдения. В работе используются данные пациентов, проходивших лечение у хирургов, специалистов по оперативной эндоскопии и интервенционной радиологии.

Цель работы: анализ причин развития посттравматических рубцовых билиарных стриктур, оценка эффективности различных методов лечения рубцовых стриктур желчных протоков, разработка унифицированной многовариантной тактики ведения больных с рубцовыми билиарными стриктурами; информирование широкого круга хирургов РФ и стран СНГ о возможностях использования реестра.

В анализ включено 66 больных из реестра пациентов с посттравматическими стриктурами желчных протоков www.pbds.info. Данные большей части пациентов в реестре внесены из 2-х учреждений: МКНЦ им. А.С. Логинова, (г. Москва) и Клиники эндоскопической и малоинвазивной хирургии СТГМУ, г. Ставрополь. По данным реестра www.pbds.info, прирост пациентов на сайте за год составляет в среднем 33 % (18 человек), коэффициент соотношения стриктур БДА к посттравматическим стриктурам желчных протоков после первично проведенной операции составляет 2,5 (71,7% / 28,3%). Процентное соотношение оперативных вмешательств, после которых возникла стриктура желчных протоков, составило: операции на желчевыводящих путях 52 (78,79%), операции на поджелудочной железе 3(4,55%), операции на печени 8 (12,12 %), другие операции 3 (4,55 %). Среднее время формирования стриктуры после первичной операции составило 598,55 дней. Гендерное распределение пациентов составило 25,8% / 74,2 % с преобладанием женского пола. Средний возраст пациентов в группе составил 55,3 года.

Результаты. Анализ данных реестра свидетельствует, что за время наблюдения пациентам проведена 251 операция, направленная на лечение рубцовой стриктуры желчных протоков. Из них 247 операции выполнены чрескожными методиками под ультразвуковым и рентгенологическим контролем, 16 внутрисветных эндоскопических операций, у 14 больных произведены открытые оперативные вмешательства. Число пролеченных пациентов, переведенных в стадию динамического наблюдения, составило 42(63%). На стадии динамического наблюдения оцениваются: частота билиарных осложнений, развитие фиброза паренхимы печени на фоне холангита, развитие септических осложнений, появление конкрементов желчных протоков, нарушение пассажа жёлчи, формирование ретеннозов, летальные исходы. Ретеннозы после завершеного лечения, на этапе наблюдения диагностированы у 2 пациентов (3,6%). Ретенноз возник у пациентов после формирования БДА (гепатикоюноанастомоз). Больным повторно проведено лечение, выбраны чрескожные вмешательства. У 7,5% пациентов на этапе динамического наблюдения отмечены эпизоды острого холангита. Летальные исходы отмечены у 2 пациентов (3,6%). Один больной умер на этапе динамического наблюдения после формирования БДА вследствие холангиогенного сепсиса. Второй пациент умер на фоне хронической печеночной недостаточности с развитием цирроза печени.

Выводы: первые данные анализа Национального реестра пациентов с посттравматическими стриктурами желчных протоков свидетельствуют о высокой научно-практической ценности и важности создания единой базы данных всех случаев

формирования рубцовых билиарных стриктур. Это позволит разработать единый тактический подход к лечению этой крайне сложной группы больных.

59. Современные подходы к хирургической анатомии шеи: индивидуальное предоперационное прогнозирование

Голованов Д.Н., Малеев Ю.В.
Воронеж
БПОУ ВО «ВБМК»

Актуальность. До настоящего времени клиницистами еще не выработана единая, универсальная тактика визуализации и идентификации околощитовидных желез (ОЩЖ), возвратного гортанного нерва (ВГН) и ретрощитовидных отростков (РЩО), хотя это крайне необходимо при выполнении операций и диагностических манипуляций на органах шеи.

Цель исследования. Разработать новые подходы к оценке хирургической анатомии щитовидной (ЩЖ) и ОЩЖ, ВГН, РЩО ЩЖ в едином комплексе для создания единой симуляционной модели, позволяющей повысить качество планирования и проведения операций, уменьшить риск возникновения диагностических ошибок, развития интраоперационных и послеоперационных осложнений.

Объектами топографо–анатомического исследования, выполненного на базе БУЗ ВО "Воронежское областное бюро судебно-медицинской экспертизы", послужили 426 нефиксированных трупов взрослых лиц, умерших скоропостижно.

Результаты и их обсуждение. В 45,5% случаев у мужчин и в 41,9% случаев у женщин встречаются добавочные мышцы шеи, которые начинались от подъязычной кости (106/24,88%), фасциального узла белой линии шеи (36/8,45%), щитовидного хряща (ЩХ) (36/8,45%) и прикреплялись к различным отделам ЩЖ (у 86/48,3% лиц с наличием добавочных мышц – к пирамидальной доле (ПД), у 42/23,6% – к перешейку, у 29/16,3% – к левой доле ЩЖ и у 21/11,8% – к правой). Интраоперационная травматизация может привести к возникновению кровотечения из добавочных мышц, которые, сократившись, погружаются в глубину раны и вызывают развитие гематом, а впоследствии – избыток рубцовой ткани. С учетом линейных размеров и топографии перешейка, следует выделять три основные формы ЩЖ: 1. ЩЖ с высоким, широким и толстым (массивным) перешейком. 2. ЩЖ с невысоким, узким и тонким перешейком. 3. ЩЖ без перешейка. ПД была выявлена в 148/34,7% случаях. Ее размеры в зависимости от пола, возраста исследуемых лиц и локализации по отношению к срединной линии шеи не имели статистически достоверных отличий и составили: высота – $1,35 \pm 0,04$ см, ширина – $1,16 \pm 0,03$ см, толщина – $0,37 \pm 0,01$ см. У лиц обоего пола ПД располагалась чаще справа (73/49,0% случаев) или слева (63/43%) от срединной линии, чем посередине (12/8,0%). Почти в половине случаев у женщин и в 37,0% наблюдений у мужчин верхушка ПД располагалась на уровне нижнего края ЩХ. Следовательно, нижний край ЩХ можно в большинстве случаев использовать как постоянный константный ориентир для интраоперационного выделения ПД. Следует также отметить, что в 86/58,1% случаев к ПД прикреплялись добавочные мышцы шеи. На 209 органоконструкциях из 426, то есть почти в половине всех наблюдений (49%), на задней поверхности долей ЩЖ обнаружены РЩО различных форм и размеров. У лиц обоего пола расположение РЩО на уровне верхней трети долей ЩЖ встречалось в 4 раза чаще, чем на уровне нижней трети, и в 1,5 раза чаще, чем на уровне средней трети. Расположение РЩО – преимущественно продольное, аналогично продольному положению долей ЩЖ, что, по–видимому, связано с ее опусканием в процессе эмбриогенеза. Мы утверждаем, что РЩО – это самостоятельная доля ЩЖ, отграниченная соединительно–тканью от боковых долей ЩЖ. На 42 препаратах РЩО располагались одновременно на правой и левой долях ЩЖ. В 54,8% наблюдений парно встречающиеся РЩО обнаруживались на одном и том же уровне по отношению к долям ЩЖ. Таким образом, при операциях

на ЦЖ следует тщательно проводить ревизию задней поверхности ЦЖ для предупреждения неполного удаления РЦО с возможно локализуемым в них неопластическими узлами. Кроме того, наличие РЦО ЦЖ является дополнительным фактором риска повреждения ЦА, верхнего гортанного нерва, ВГН и ОЦЖ. При выделении шейной части ВГН в ходе операций используются анатомические ориентиры: трахеопищеводная борозда (ТПБ), НЦА, бугорок Цукеркандля, связка Берри, ОЦЖ, нижний рог ЦХ. Однако вследствие вариабельности топографии данных анатомических образований, их идентификация возможна не во всех случаях, особенно при патологии ЦЖ, а наиболее удобным ориентиром мы рекомендуем считать именно ТПБ. По нашим данным, ОЦЖ чаще всего располагаются на уровне нижней трети высоты долей ЦЖ и ниже. В большинстве наблюдений правые и левые ОЦЖ, находящиеся на одном горизонтальном уровне, имеют идентичную форму и располагаются на одинаковом удалении от срединной линии. Чем ниже находятся ОЦЖ, тем их расположение от срединной линии латеральнее, а к кожным покровам шеи – ближе («ОЦЖ, скатывающиеся с эмбриологической горки в стороны от срединной линии шеи»). ОЦЖ, расположенные на задне-медиальной поверхности долей ЦЖ, имеют преимущественно продолговатую форму (эллипсоида), а ниже долей ЦЖ – округлую. Более чем в 75% наблюдений кровоснабжение ОЦЖ осуществляется из бассейна НЦА.

Вывод. Выявленные новые данные по типовой анатомии шеи и разработанный нами на их основе алгоритм единой симуляционной модели следует использовать для создания ситуационных клинических задач и виртуальных хирургических вмешательств.

60. Современный подход к профилактике и лечению энцефалопатии после портосистемного шунтирующего вмешательства при осложнённой портальной гипертензии

Хоронько Ю.В., Бликян А.В., Козыревский М.А., Тышлек Ю.В.
Ростов-на-Дону

ФГБОУ ВО «Ростовский государственный медицинский университет» Минздрава
России

Актуальность. Шунтирующее хирургическое вмешательство, в том числе трансъюгулярное внутривенное портосистемное шунтирование (операция TIPS/ТИПС), при осложнённой портальной гипертензии (ПГ) у больных циррозом печени (ЦП) позволяет добиться эффективного снижения портосистемного градиента давления (ПСГД), ключевое участие которого в развитии жизнеугрожающих осложнений ПГ признано большинством специалистов. Однако, применение подобного рода операций в ряде случаев может способствовать усугублению печеночной энцефалопатии, характерной для течения ЦП, и в значительной степени ухудшить качество жизни больных с нормализованным ПСГД.

Цель исследования – улучшить результаты лечения пациентов, подвергающихся операции TIPS/ТИПС, путем применения активной профилактики постшунтовой энцефалопатии (ПШЭ).

Материал и методы. Прослежено течение заболевания у 207 пациентов, находившихся в хирургической клинике ФГБОУ ВО РостГМУ в 2007-18 гг., в контексте развития ПШЭ, после операции TIPS/ТИПС, предпринятой в связи с высоким риском рецидива состоявшегося в недавнем анамнезе варикозно пищеводно-желудочного кровотечения (ВПЖК) и рефрактерного асцита (РА). Соотношение мужчин и женщин 116:91. Средний возраст - 49,1±3,1 (15-83) лет. 98,1% пациентов находились в суб- и декомпенсированных стадиях хронической печеночной недостаточности (ХПечН), соответственно классам В и С по Child-Pugh, средний балл 8,79±0,98. Среднее значение по шкале MELD составило 14,81±0,95 баллов. Пациенты разделены на три клинические группы в соответствии с мероприятиями, проводимыми для профилактики и лечения ПШЭ. I (контрольную) группу составили 58 больных, которым в период 2007-09 гг.

осуществляли общепринятые для того периода времени лечебные и профилактические мероприятия в отношении ПШЭ: ограничение потребления белок-содержащих продуктов, препараты лактулозы (30-60мл/сут), рифаксимин до 1200 мг/сут, L-орнитин-L-аспартата (LOLA 10-15 г/сут). Во II группе (96 больных, оперированных в 2009-15 гг.) лечебно-профилактические мероприятия проводили целенаправленно, руководствуясь задачей полноценной элиминации из кишечника продуктов жизнедеятельности аммониагенной микрофлоры. Разработана программа, подразумевавшая обеспечение ежедневного стула, упорядоченное комплексное применение препаратов лактулозы, рифаксимин и регулярное ежемесячное внутривенное назначение препаратов LOLA в связи с невысокой эффективностью его применения per os. В III группу включены 53 пациента, подвергшиеся операции TIPS/ТИПС в 2015-18 гг. Ведение их, аналогичное таковому во II группе, дополнено применением серотонина адипината (10-20 мг/сут, длительностью по 5-7 суток для стимуляции моторики кишечника).

Результаты и обсуждение. Применение операции TIPS/ТИПС позволило практически у всех пациентов достигнуть эффективного снижения ПСГД, что привело к существенному улучшению состояния пациентов, снижению риска рецидивов ВПЖК, резорбции РА и редукции гиперспленизма. Развитие ПШЭ в первые 6 недель зарегистрировано в 29,3% (17 больных) I группы, у 5 пациентов ПЭ возникла впервые, в остальных случаях отмечено усугубление стадий вплоть до III и IV (кома). Во II группе у 18 (18,8%) больных отмечено появление данного осложнения, при этом у 2-х впервые диагностировано, а у 13 отмечено усугубление до I и лишь у 2-х до II стадии. У 1 пациента развилась III стадия ПЭ, однако, как и в I группе, с осложнением удалось справиться медикаментозно, без хирургической редукции шунта. В III группе прогрессирование ПЭ наблюдалось у 13,2% (7 больных). От латентной стадии до I прогрессия отмечена у 6 пациентов, а от I до II лишь у одного. Отдельно стоит отметить отсутствие впервые выявленной ПЭ и тяжелых (III и IV) стадий в данной группе. Применение препарата серотонина адипинат в дополнении к препаратам лактулозы позволяет контролировать элиминацию патогенной кишечной флоры путем стимуляции моторики и опорожнения кишечной трубки. Средний показатель суточной кратности стула в III группе $1,78 \pm 0,24$ в сравнении с $1,27 \pm 0,53$ во II и $1,15 \pm 0,62$ в I группе.

Выводы. Оперативное вмешательство TIPS/ТИПС позволяет эффективно бороться с главным звеном жизнеугрожающих осложнений ПГ, а в свою очередь развитие ПШЭ является предсказуемым и управляемым при совершенствовании прогностических методик и систематизации лечебных подходов. Программированный мониторинг за пациентом, диетические ограничения, препараты лактулозы, рифаксимины, LOLA и серотонина адипината позволяют эффективно бороться с развитием осложнений. Применение серотонина адипината в комплексе общепринятых лечебно-профилактических мер позволяет снизить риск развития ПШЭ с 18,8% до 13,2%, что улучшает выживаемость пациентов и положительно влияет на качество жизни.

61. Портосистемные шунтирующие вмешательства (операция TIPS/ТИПС) в программе лечения рефрактерного асцита и гепаторенального синдрома при портальной гипертензии, вызванной циррозом печени

Хоронько Ю.В., Козыревский М.А., Бликян А.В., Тышлек Ю.В.
Ростов-на-Дону

ФГБОУ ВО «Ростовский государственный медицинский университет» Минздрава
России

Актуальность. Портальная гипертензия (ПГ) при циррозе печени (ЦП) чревата развитием жизнеугрожающих осложнений. К ним относятся, помимо варикозной пищеводно-желудочной трансформации и варикозного кровотечения, прогрессирование асцита и манифестация гепаторенального синдрома (ГРС). Рефрактерный к медикаментозным мероприятиям асцит (РА) коррелирует со значительным ухудшением

прогноза течения заболевания, а ГРС 2-го типа в половине случаев приводит к летальному исходу в течение 2-х месяцев от его установления. Анализ литературных источников свидетельствует, что опыт применения портосистемных шунтирующих операций при РА и ГРС у больных с суб- и декомпенсированными стадиями печеночной недостаточности относительно невелик ввиду низкой переносимости ими трансабдоминального характера вмешательства. Предпочтительным хирургическим пособием считается миниинвазивное трансъюгулярное внутривенное портосистемное шунтирование (операция TIPS/ТИПС).

Цель исследования – улучшить результаты лечения больных с РА и ГРС цирротического генеза включением в лечебный комплекс шунтирующей операции TIPS/ТИПС для обеспечения эффективной портальной декомпрессии.

Материал и методы. В исследование включены 107 больных с РА, подвергшихся лечению в клинике РостГМУ в период 2007-18 гг. У всех пациентов отмечено полисиндромное течение ПГ. РА сочетался с такими признаками, как: пищеводно-желудочный варикоз – у 97,2%; спленомегалия и гиперспленизм – у 98,1%; печеночная энцефалопатия – у 74,8%; печеночная недостаточность - у всех 107 больных. Пациенты разделены на две сопоставимые группы. Средний возраст в I группе 48,7±5,1, а во II – 50,4±5,3. Гендерное распределение пациентов выявило преобладание пациентов мужского пола: в I (контрольной) группе мужчин 32 (64%), женщин- 18 (36%), а во II группе 38 (66,7%) и 19 (33,3%), соответственно. Причинами ЦП в большинстве случаев явился вирусный гепатит В или С – у 56% в I и у 54,4% во II. Алиментарно-токсическая причина зарегистрирована в 32% и 33,3%, соответственно группам исследования. У 10% в I группе и у 7% во II имело место сочетание вирусного и алкогольного факторов. В I группе (n=50) проведена общепринятая медикаментозная терапия с ограничением потребления соли, назначение 2 диуретических препаратов в максимально допустимой дозировке, коррекция уровня альбумина крови, а у части пациентов вынужденно применен лечебный парацентез, зачастую неоднократный. Во II группе, помимо общепринятой терапии, выполнена операция TIPS/ТИПС, а также послеоперационные мероприятия для профилактики постшунтовых осложнений. Для терапии ГРС применены селективные вазоконстрикторы (терлипрессин) и инфузии раствора альбумина из расчета 1г/кг/сутки. Доля пациентов с манифестированным ГРС 2-го типа в I группе - 10 (20%), II группе – 14 (24,6%). Разработан и внедрен в клиническую практику способ прогнозирования риска развития ГРС у больных с ПГ цирротического генеза (Патент РФ № 2675826). В результате очень высокий риск развития ГРС диагностирован у 7 пациентов контрольной группы и 10 пациентов основной группы. Применение вышеописанной методики позволило начинать патогенетическую терапию ГРС до появления клинически значимых признаков.

Результаты и обсуждение. Операция TIPS/ТИПС позволила устранить ПГ у всех 57 пациентов II группы. Среднее значение портосистемного градиента давления (ПСГД) снижено с 19,08±3,11 мм.рт.ст. до 8,44±1,03 мм.рт.ст (рисх<0,05). В течении первого года наблюдения 12 больным I группы проведено 111 процедур парацентеза (в среднем 9,25±5,36), у 16 пациентов II группы -17 манипуляций 1,06±1,39 (p<0,001). Динамика выраженности пищеводно-желудочного варикоза в I группе имела тенденцию к усугублению, в то время, как во II группе зарегистрирована редукция варикоза с 3-й до 2-й и от 2-й до 1-й степени у 24 (42,1%) и 39 (68,4%) в течении года. В I группе варикозное пищеводно-желудочное кровотечение (ВПЖК) зарегистрировано у 9 пациентов и ни у одного пациента из II группы в течение года (p<0,01), что объясняется эффективным снижением ПГ и селективной эмболизацией левой и задней желудочных вен при выполнении TIPS/ТИПС. Летальность в I группе составила 8 (16%) пациентов за 6 мес. и 17 (34%) в течение года. Во II группе 5 (8,8%) пациентов за полгода, а за год суммарно 9 (15,8%). Среди причин смерти в I группе у 7- ВПЖК, у 5- ГРС и у 5- ПечН. Во II группе у 2-ГРС и у 7-ПечН. На протяжении 2-го года отмечается тенденция к выравниванию показателей выживаемости, а к истечению 3-го года динамика выживаемости по Kaplan-Meier практически равнозначна.

Выводы. Операция ТИПС/ТИПС способствует снижению значений годовой летальности у больных с РА и ГРС с 34% до 15,8%, а достигаемое снижение ПСГД способствует редукции РА и профилактике ГРС. Применение шунтирующего пособия позволяет увеличить время бестрансплантационного периода и улучшить качество жизни пациентов.

62. Оптимизация тактики лечения больных с высоким риском развития рецидива гастродуоденальных язвенных кровотечений

Белик Б.М.¹, Подина М.В.^{1,2}, Тенчурин Р.Ш.^{1,2}, Дударев И.В.^{1,2}, Скорляков В.В.¹,
Усаткин А.А.², Баев О.В.¹, Кещян С.С.¹

Ростов-на-Дону

¹ФГБОУ ВО «Ростовский государственный медицинский университет» Минздрава
РФ

²МБУЗ «Городская больница № 1 им. Н.А. Семашко»

Актуальность. В настоящее время все алгоритмы лечения больных с гастродуоденальными язвенными кровотечениями (ГДЯК) в основном ориентированы на предупреждение или терапию его рецидива. При этом эндоскопический гемостаз (ЭГ) является основным методом остановки кровотечения и профилактики его рецидива у пациентов с ГДЯК. Вместе с тем в клиниках, активно внедряющих новые технологии лечения больных с ГДЯК, основные проблемы возникают сразу после эндоскопической остановки геморрагии. При этом особенно остро стоит вопрос о выборе лечебной тактики у пациентов с высокой степенью риска развития рецидива кровотечения. В этом случае отсутствие единой лечебно-диагностической концепции в отношении данной категории больных определяет остроту современного состояния проблемы ГДЯК.

Цель исследования: оптимизация тактики лечения больных с ГДЯК на основе оценки наиболее часто встречающихся сочетаний клинических и эндоскопических факторов риска, характеризующих высокую вероятность развития рецидива геморрагии.

Материал и методы. Работа основана на ретроспективном и проспективном анализе результатов обследования и лечения 528 пациентов с ГДЯК, поступивших в хирургическое отделение городской, больница № 1 им. Н.А. Семашко г. Ростова-на-Дону в период с 2010 по 2018 гг. Среди них было 339 (64,2%) мужчин и 189 (35,8%) женщин. Возраст больных варьировал от 17 до 92 лет. В 270 (51,1%) наблюдениях кровоточащая язва локализовалась в желудке, в 251 (47,5%) - в двенадцатиперстной кишке и в 7 (1,3%) случаях геморрагия отмечалась из язвы гастроэнтероанастомоза. Степень тяжести кровопотери оценивали по А.И. Горбашко (1982). У 129 (24,4%) пациентов была выявлена кровопотеря I степени, у 192 (36,4%) - II степени и у 207 (39,2%) - III степени. Тяжесть состояния пациентов оценивали по шкале APACHE II. С признаками продолжающегося кровотечения (Forrest I) госпитализированы 158 (29,9%) больных, с признаками состоявшейся геморрагии (Forrest II) - 370 (70,1%) пациентов. Из 528 больных у 274 (51,9%) пациентов в процессе лечения выполнялся ЭГ с использованием различных методов (инъекционный гемостаз, аргоно-плазменная коагуляция, клипирование). У 173 (63,1%) пациентов применялся комбинированный ЭГ (инъекционный метод в комбинации с аргоно-плазменной коагуляцией или клипированием).

Результаты и обсуждение. Из 528 больных с ГДЯК у 63 (11,9%) в стационаре возник рецидив геморрагии. Более чем у половины пациентов (58,7%) рецидив ГДЯК отмечен в первые сутки после госпитализации. Всего на первые двое суток после госпитализации пришлось 74,6% рецидивов ГДЯК. С целью объективизации оценки степени риска развития рецидива ГДЯК и оптимизации тактики лечения нами на основе кластерного статистического анализа были выбраны 6 наиболее значимых клинико-лабораторных и эндоскопических параметров, достоверно имеющие высокую степень корреляции с частотой данного осложнения. Анализ значимости выявленных параметров для факта

возникновения рецидива ГДЯК дополнительно проводился методом Пирсона с применением критерия χ^2 и вычислением доверительных интервалов для каждого фактора риска. Оценку каждого признака (фактора риска) производили по балльной системе (от 0 до 2 или 3). При этом рассчитывали прогностический индекс рецидива кровотечения (ПИРК) путем суммирования баллов по всем 6 признакам. На основании полученных данных установлено, что о высокой вероятности рецидива ГДЯК (85,7%) свидетельствует наличие любой комбинации 4 признаков из следующих 6 факторов риска, выявленных при клинико-лабораторном и эндоскопическом обследовании пациента на момент госпитализации: II-III степень тяжести кровопотери; показатель шкалы АРАСНЕ II ≥ 20 баллов; локализация язвы по задней стенке двенадцатиперстной кишки, малой кривизне и/или задней стенке желудка, в зоне Dieulafoy или в области гастроэнтероанастомоза; диаметр язвы ≥ 20 мм; глубина язвы ≥ 6 мм; интенсивность кровотечения по Forrest Ia, Ib. У пациентов ГДЯК с ПИРК ниже 5 баллов рецидив геморрагии не возникал. У больных с ПИРК 5 баллов и выше рецидив кровотечения прогрессивно увеличивается и при 10 баллах достигает 63,5%. Учитывая, что вероятность рецидива ГДЯК при показателе 5 баллов не превышала 7,9%, пороговым значением вероятности развития рецидива кровотечения считали величину ПИРК 6 баллов и выше. Разработанная нами шкала прогнозирования рецидива ГДЯК позволила выделить три категории больных: с низким риском рецидива геморрагии (ПИРК – до 6 баллов включительно), с умеренным риском рецидива кровотечения (вероятность 9-15%) - ПИРК – 7-8 баллов; с высоким риском рецидива ГДЯК (вероятность более 40%) – ПИРК более 8 баллов. Это явилось основанием для применения дифференцированного подхода к выбору лечебной тактики у больных с ГДЯК. При этом тактику лечения определяли, прежде всего, исходя из характера ГДЯК на момент первичного эндоскопического осмотра, вероятности рецидива кровотечения и общей тяжести состояния пациента. В соответствии с этим все пациенты с ГДЯК были разделены на три группы. 1-ю группу составили 22 (4,2%) больных, у которых не удалось осуществить ЭГ в связи с массивным продолжающимся кровотечением. Эти пациенты были оперированы в экстренном порядке в ближайшие сроки от момента госпитализации. У 274 (51,9%) пациентов (2-я группа) на момент поступления кровотечение было остановлено с использованием методов ЭГ. При этом учитывали, что данная категория больных по риску развития рецидива ГДЯК была достаточно неоднородна. Из 274 пациентов у 199 (72,6%) отсутствовала высокая степень риска рецидива геморрагии (ПИРК не более 8 баллов). Эти пациентам проводили комплексную медикаментозную терапию и динамический эндоскопический контроль за состоянием язвы. У 75 (27,4%) больных имелась высокая вероятность развития рецидива геморрагии (ПИРК более 8 баллов). Из их числа 44 (58,7%) пациента с признаками неустойчивого гемостаза при тяжести состояния по шкале АРАСНЕ II менее 25 баллов были оперированы в срочном порядке в течение ближайших 12-48 часов от момента госпитализации. У 31 (41,3%) пациента с высоким риском рецидива ГДЯК на фоне крайне тяжелого соматического статуса (индекс шкалы АРАСНЕ II более 25 баллов) выполняли программированные контрольные эндоскопии, в ходе которых осуществляли повторный ЭГ. Из числа этих больных повторный ЭГ оказался эффективным в 24 случаях. У 7 пациентов преклонного возраста повторный ЭГ оказался неэффективен, и они умерли без операции на фоне массивной кровопотери и декомпенсации сопутствующей патологии. У 232 (43,9%) пациентов (3-я группа) на момент госпитализации кровотечение остановилось самостоятельно. При этом, как правило, у этих пациентов отмечался крайне низкий риск рецидива ГДЯК (ПИРК менее 6 баллов), в связи с чем у них ЭГ не проводился. Всем пациентам этой группы проводилась комплексная медикаментозная терапия под динамическим эндоскопическим контролем. Из 462 больных, лечившихся консервативно, умерли 36 (7,8%) пациентов. Срочному оперативному лечению (в течение 24 часов) подверглись 66 (12,5%) больных. Из их числа умерли 11 пациентов (послеоперационная летальность – 16,7%). Общая госпитальная летальность составила 8,9% (умерли 47 пациентов).

Выводы. Стратификация больных с ГДЯК по степени риска развития рецидива геморрагии позволяет своевременно прогнозировать течение заболевания и на этой основе осуществлять дифференцированный подход к выбору наиболее оптимальной лечебной тактики.

63. Пути улучшения результатов оперативного лечения язвенных гастродуоденальных кровотечений.

Зорик В.В., Карипиди Г.К., Попандопуло К.И., Лукьянова О.Г.
Краснодар
ФГБОУ ВО КубГМУ

Актуальность: распространенность язвенной болезни в России составляет от 1,7 до 5%, при этом язвы гастродуоденальной зоны осложняются кровотечением в 5 - 10% случаев. Летальность при гастродуоденальных язвенных кровотечениях остается высокой (3,3 – 15%), достигая у оперированных больных 25% и выше. Это заставляет искать новые подходы при хирургическом лечении этой сложной патологии.

Цель работы: определить пути улучшения результатов хирургического способа лечения язвенных гастродуоденальных кровотечений.

Материалы и методы. В хирургических отделениях ГБУЗ КБСМП г. Краснодара с 2017 года по 2019 год находилось на лечении 635 пациентов с кровоточащими язвами гастродуоденальной зоны. В зависимости от тактики ведения консервативно было пролечено 472 больных что составило 74,3%, а 163 пациентам выполнены различные оперативные пособия, что составило 25,7%. Операцией выбора при лечении язвенных гастродуоденальных кровотечений может служить разработанный на кафедре госпитальной хирургии КубГМУ «Способ хирургического лечения язвенной болезни двенадцатиперстной кишки, осложненной кровотечением и пенетрацией в поджелудочную железу». Патент на изобретение от 25 февраля 2016г. Способ включает лапаротомический доступ в брюшную полость, мобилизацию ДПК, рассечение передней стенки двенадцатиперстной кишки в проекции патологического очага. Затем производят рассечение слизистой задней стенки двенадцатиперстной кишки вокруг патологического дефекта, отступя от края на 2-3мм. по здоровым тканям. Зону патологического очага по линии рассечения обрабатывают медицинским клеем «Сульфакрилат», накладывают однорядные узловые швы и погружают зону язвенного дефекта. Таким образом, достигается выведение язвы (экстрадуоденизация) из просвета ДПК, после чего восстанавливают слизистую задней стенки и целостность передней стенки двенадцатиперстной кишки.

Результаты и обсуждение. В основу хирургического пособия нами была положена органосохраняющая тактика лечения. Экстрадуоденизация язвы с использованием клея «Сульфакрилат» была выполнена у 28 (17,2%) человек, мостовидная дуоденопластика - у 49,7%, сегментарная дуоденопластика – у 15,3%. Резекция желудка, а также гастрэктомия выполнены всего у 6 пациентов, что составило 3,7%. У всех них характер патологического процесса (гигантские язвы, обширные инфильтраты, пенетрация и т.д.) не позволили сохранить в целостности полый орган, то есть резекция желудка выполнялась, как «операция отчаяния». Послеоперационная летальность составила 9,2 %, то есть умерло 27 пациентов. Наибольшая летальность отмечена при сегментарной дуоденопластике (36.0%) и резекции желудка (40.0%). Из 9 пациентов, у которых смерть наступила после сегментарной дуоденопластики, у 5 наблюдалась несостоятельность швов анастомоза, что можно объяснить натяжением сшиваемых тканей двенадцатиперстной кишки. После экстрадуоденизация язвы с использованием клея «Сульфакрилат» умер 1 человек. Причиной летального исхода была тромбоэмболия легочной артерии.

Выводы. Таким образом, разработанный на кафедре госпитальной хирургии КубГМУ «Способ хирургического лечения язвенной болезни двенадцатиперстной кишки,

осложненной кровотоком и пенетрацией в поджелудочную железу», может быть использован для улучшения результатов хирургического лечения язвенных гастродуоденальных кровотечений.

64. Результаты компьютерной диагностики при деструктивных формах панкреатита

Рузматов А.Э., Исманов А.А., Исхаков Н.Б., Долимов Л.М.

Наманган

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи, Наманганский филиал

Актуальность: доступным в настоящее время методом диагностики и динамического контроля ОП является ультразвуковое исследование. Для более детальной оценки изменений в паренхиме поджелудочной железы и определения дальнейшей тактики лечения широко используется компьютерная рентгенодиагностика (МсКТ).

Цель: улучшить результатов лечения больных с деструктивными формами острого панкреатита.

Материал и методы исследования: у больных с деструктивными формами болезни проводили МсКТ, с помощью которой определили объем, локализацию деструктивных изменений в поджелудочной железе и их распространение по окружающим областям. При учитывая выше указанных данных этом появляется возможность определить дальнейшую тактику и объем проводимых оперативных вмешательств.

Результаты исследования: степень тяжести острого панкреатита определяли с использованием томографического индекса Balthazar (CT Severity Index - CTSI). Для расчета CTSI к баллам степени воспалительных изменений в поджелудочной железе прибавляют баллы, соответствующие объему некроза ткани поджелудочной железы: 2 балла - при некрозе менее 1/3 объема паренхимы, 4 балла - при некрозе более 1/3, но менее 1/2 объема, 6 баллов - при некрозе более 1/2 объема. Счет баллов производится от 1 до 10. Распределение больных острым панкреатитом в соответствии с индексом CTSI представлено в табл. Балльная система Balthazar (1985 г) Некроз ПЖ Балл (100%) А) Отсутствие некроза 0 - Б) Некроз одной трети поджелудочной железы 2 50,7% В) Некроз половины поджелудочной железы 4 23,3% Г) Некроз более половины ПЖ 6 26,0% Ежедневная оценка тяжести состояния больного по балльную систему Balthazar и УЗИ мониторинг не только имеют высокую прогностическую значимость, но и составляет основу объективизации показаний к оперативному вмешательству и дифференцированного подхода при выборе режимов комплексного лечения. Сроки оперативного вмешательства зависело от общего состояния больного, клинического течения болезни, степени нарастания симптомов интоксикации (тяжести гемодинамических нарушений и степени панкреатогенного шока), функциональной недостаточности паренхиматозных органов, постнекротических осложнений, а также результатов инструментальных исследований.

Выводы: применение компьютерных методов диагностики позволяет выбрать правильную тактику лечебно-диагностических мероприятий, а также сроков операции и вида оперативных вмешательств.

65. Гидропрессивная ирригоаспирация при лапароскопической санации у больных с послеоперационным перитонитом

Исхаков Б.Р., Алижанов А.А., Исхаков Н.Б., Абдуллаев У.У.

Наманган

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи, Наманганский филиал

В течение последних десятилетий в хирургической практике сформировалось принципиально новое направление в проведении малоинвазивных оперативных пособий с использованием видеолапароскопической техники. Послеоперационная лапароскопия, кроме диагностики послеоперационного перитонита (ПОП), дает возможность воздействовать на течение воспалительного процесса в брюшной полости. (Булынин В. И., Глухов А. А., 1999., Константин Франтзайдес, 2000). Нами в практике для улучшения результатов лечения больных послеоперационным перитонитом применен способ видеолапароскопической санации (ВЛС) брюшной полости с использованием аппарата «PULSAVAC» производства США. Гидропрессивные технологии основаны на местном использовании высоконапорных антисептических растворов для обработки брюшной полости. Для проведения послеоперационной лапароскопии нами была использована лапароскопическая стойка фирмы “Karl Storz”. Исследование проводили внутривенным, реже интубационным наркозом, и во всех случаях достигалась достаточная для выполнения санации брюшной полости анестезия.

Методика. Предварительно накладывали зажимы на дренажные трубки, оставленные при первой операции и герметизирующие швы вокруг дренажных трубок. Трояк для лапароскопа вводили супраумбиликально, снимая один кожно-апоневротеский шов с помощью 10мм металлического проводника. Величина карбоксиперитонеума составила 8-10 мм рт. ст. Последовательно аспирировали патологический экссудат и удаляли фибриновые наложения. При распространенном перитоните, чтобы облегчить удаление экссудата, операционному столу придавали максимальные отклонения в головном, ножном и боковых направлениях. Для санации брюшной полости ирригоаспиратор подсоединяется стерильными шлангами к аппарату «PULSAVAC». ВЛС с применением гидропрессивной технологии по поводу ПОП выполнена 60 (из 73) пациентам. Переход на релапаротомию (лапаротомию после лапароскопических операций) осуществлен у 8 (10,9%) больных. Причинами конверсии явились массивные висцеро-висцеральные сращения, распространенный гнойный перитонит, некроз стенки полого органа, необходимость назоинтестинальной интубации кишечника. Кратность проведения лапароскопических санаций определялась динамикой течения перитонита в послеоперационном периоде. Однократная ВЛС проводили 49 больным. Программируемая ВЛС проведена 11 пациентам: двукратная – 6 больным, трехкратно – 4, четырехкратно – 1. Всего у 60 больных была выполнена 77 ВЛС. Осложнений в виде подкожной эмфиземы и нагноение троакарной раны наблюдали у 4 больных. Преимущество аппарата «PULSAVAC» заключается в том, что он подает антисептический раствор в пульсирующем режиме под большим давлением (2-4 кг/см²). Нужное давление подачи раствора регулируется ручкой на передней панели прибора. При направлении пульсирующей струи жидкости в межпетлевые пространства, карманы в брюшной полости оказывает разъединяющее действие на рыхлые висцеро-висцеральные сращения, снимает фибриновые наложения и иксированные сгустки крови с поверхности брюшины. На один сеанс лапаросанации израсходовано в среднем от 5 до 12 литров антисептической жидкости.

Таким образом, видеолапароскопическая санация брюшной полости с применением гидропрессивной технологии позволяет провести направленное нетравматичное полноценное удаление патологического экссудата из брюшной полости, что исключает необходимость широкой лапаротомии. Эта методика является альтернативой таким травматичным методам лечения больных с ПОП, как релапаротомии, программной релапаротомии.

66. Новые хирургические технологии радикального лечения альвеококкоза печени

Восканян С.Э., Артемьев А.И., Найденов Е.В., Забежинский Д.А., Колышев И.Ю., Рудаков В.С., Шабалин М.В., Щербин В.В., Башков А.Н., Журбин А.С., Мальцева А.П.
Москва

Приводится опыт лечения 146 пациентов с альвеококкозом печени, которые были прооперированы в Центре хирургии и трансплантологии ФГБУ ГНЦ ФМБЦ им. А.И. Бурназяна ФМБА России в период с декабря 2011 года по июль 2019 года. Более 70% пациентов имели в анамнезе нерадикальное хирургическое лечение. 59 пациентов (40,4%) при поступлении имели механическую желтуху. У 102 пациентов (69,9%) выявлена паразитарная инвазия в соседние структуры и органы. 23 пациентам были выполнены стандартные резекции печени (анатомические резекции, расширенные гемигепатэктомии). 8 пациентам в связи с малым объемом остаточной доли печени (FLR – future liver remnant) выполнены расширенные резекции печени по методике ALPPS (Associated Liver Partition and Portal vein ligation for Staged hepatectomy), из них 4 с резекцией и пластикой воротной вены, 1 с резекцией и пластикой воротной и левой печеночной вен, 1 пациенту с аутотрансплантацией левой доли печени и пластикой нижней полой вены PTFE-кондуитом во время второго этапа операции в условиях тотальной сосудистой изоляции. 32 пациентам выполнены трансплантации печени (3 пациентам выполнена трансплантация трупной печени, 29 пациентам выполнена трансплантация правой доли печени от живого родственного донора. 14 пациентам трансплантация печени выполнена с резекцией и пластикой нижней полой вены, 9 пациентам трансплантация печени выполнена с резекцией и пластикой нижней полой вены и правого предсердия. 57 пациентам выполнены расширенные резекции печени с резекцией и пластикой магистральных сосудов (26 пациентам выполнена резекция и пластика воротной вены, 8 пациентам выполнена резекция и пластика нижней полой вены, 2 пациентам выполнена резекция и пластика печеночных вен, 5 пациентам выполнена резекция и пластика печеночной артерии, 15 пациентам выполнены мультивазкулярные резекции, 1 пациенту выполнена резекция чревного ствола. 26 пациентам выполнены расширенные резекции печени в условиях полной сосудистой изоляции печени (аутотрансплантации печени) в различных вариантах (3 пациентам выполнена экстракорпоральная гипотермическая расширенная резекция печени и аутотрансплантация печени в варианте *ex vivo* (*ex situ ex vivo*), 23 пациентам выполнены нормотермические резекции печени с аутотрансплантацией печени в варианте *ante situm* (*ex situ in vivo*). Пластику магистральных сосудов, в том числе нижней полой вены, при невозможности выполнения аутопластики, производили с помощью синтетических PTFE-кондуитов, при необходимости резекции правого предсердия выполняли правопредсердно-кавальное протезирование PTFE-кондуитами. Все операции были выполнены в варианте R0. В послеоперационном периоде все пациенты принимали Альбендазол в течение 6-12 месяцев.

Результаты. Резектабельность составила 100%. Общая частота послеоперационных осложнений составила 34,9%. Общая частота осложнений после трансплантации печени составила 37,5%, после аутотрансплантации печени – 37,0%, после резекции печени с резекцией магистральных сосудов – 30,3%, после расширенных резекций печени – 20,0%, после ALPPS – 50,0%. Наиболее часто встречающимися послеоперационными осложнениями являлись билиарные осложнения (Grade A, B (ISGLS, 2011)) – 23,9%, пострезекционная печеночная недостаточность (Grade A, B (ISGLS, 2011)) – 16,3%. Общая госпитальная летальность составила 4,1%. Медиана выживаемости составила 41 месяц. Максимальный период наблюдения 84 месяца. Безрецидивная выживаемость составила 97,9%. Медиана безрецидивной выживаемости составила 39 месяцев.

67. Сравнительный анализ применения микроволновой (МВА) и радиочастотной абляции (РЧА) в комбинированном лечении первичных и метастатических опухолей печени

Праздников Э.Н.¹, Трандофилов М.М.^{1,2}, Рудакова М.Н.², Прохоров А.В.², Сизова А.Н.¹, Светашов В.С.¹, Овчаров С.Э.¹

Москва

¹ФГБОУ ВО «МГМСУ имени А.И. Евдокимова» МЗ РФ
²ГБНЗ ГКБ им. Д.Д. Плетнева ДЗМ ОП онкологический стационар

Актуальность: в настоящее время наблюдается увеличение количества больных с гепатоцеллюлярным раком и метастатическим колоректальным раком. Выявление первичного и метастатического рака на ранних стадиях остается на достаточно низком уровне, что значительно уменьшает возможности лечения. При первичных и метастатических опухолях печени возможность выполнения резекций печени составляет не более 20-30 %. В настоящее время ведутся поиски новых малоинвазивных методов интервенционного локального воздействия на опухоли печени. Одним из известных методов является радиочастотная абляция, альтернативой которому может стать микроволновая абляция.

Цель работы: повышение эффективности лечения больных первичным и метастатическим раком печени.

Материал и методы: был проведен сравнительный анализ лечения 158 больных рандомизированных в 4 клинические группы. В исследование было включено 108 больных с диагнозом колоректальный рак и мета-статическим поражением печени I, II, и III стадии (по Gennagi), и 18 больных с диагнозом гепатоцеллюлярный рак (ГЦР) 0-В по Барселонской классификации (1 и 2 клинические группы), которые были оперированы с использованием радиочастотной абляции (РЧА). 19 больных с колоректальным раком и метастатическим поражением печени I-III стадия (по Gennagi) (2 клиническая группа) и 13 больных с гепатоцеллюлярным раком стадия 0-В по Барселонской классификации, оперированных с использованием микроволновой абляции (МВА) (3-4 клинические группы). Контроль эффективности воздействия осуществлялся ультразвуковыми исследованиями и компьютерной томографией в динамике.

Результаты: в 1 и 2-ой клинической группе развились следующие осложнения: умеренное кровотечение из места вкола игольчатого электрода, которое остановилось самостоятельно – 3 больных. Острая печеночная недостаточность развилась в 2 случаях. Желчеистечение из места введения игольчатого электрода наблюдалось в одном наблюдение при термодеструкции 7 метастазов. Остаточная полость сформировалась в 3 случаях. Внутрпеченочная гематома наблюдалась в 2 случаях. Летальный исход в 2 наблюдениях. Выживаемость больных составила: однолетняя – 73,5 %, двухлетняя – 53,3 %, трехлетняя – 32,1 %. В 3 и 4-ой клинической группе (МВА) послеоперационной летальности не было. У больных развились следующие осложнения: умеренное кровотечение из места входа игольчатого катетера, которое остановилось самостоятельно – 1 больной. Остаточная полость сформировалась в 1 случае, не потребовавшая дополнительных оперативных вмешательств. Внутрпеченочная гематома наблюдалась в 1 случае. Ожог кожи в 2 наблюдениях. Средний койко-день составил 7 дней. Местных рецидивов после абляции не наблюдалось ни в одном случае. Выживаемость больных составила: однолетняя – 78,5 %, двухлетняя – 63,3 %.

Заключение: применение МВА является менее травматичным методом по сравнению с РЧА в группах больных с первичным и вторичным раком печени и сопутствующим циррозом. Чрескожное применение МВА уменьшает риск осложнений оперативного вмешательства у соматически ослабленных больных за счет малой инвазивности и малой травматичности.

68. Метод микроволновой абляции в лечении первичных и метастатических образований печени

Праздников Э.Н.¹, Грандофилов М.М.^{1,2}, Рудакова М.Н.^{1,2}, Сизова А.Н.¹, Светашов В.С.¹, Сафиуллина И.Р.¹, Кошелев И.А.¹

Москва

Актуальность. С развитием технической возможности хирургии растет интерес к миниинвазивным технологиям лечения. Несмотря на достижения современной онкологии ранняя диагностика злокачественного процесса остается неудовлетворительной, вследствие чего частота выявляемости опухолевого поражения печени остается на достаточно высоком уровне. На момент установки диагноза возможность резектабельности составляет не более 20%, что привело к поиску новых миниинвазивных технологий с целью повышения эффективности хирургического лечения больных с опухолевыми процессами печени. На данный момент существует метод микроволновой абляции (МВА).

Цель: повысить эффективность лечения у больных с первичными и метастатическими образованиями печени.

Материалы и методы: в данное исследование были включены 84 больной находящиеся на лечении в онкологическом отделении за период с 2014 по 2017г. Из них 24 (29%) больных с первичным раком печени и 60 (71%) больных с метастатическим поражением печени, в возрасте от 30 до 80 лет, средний возраст составил $62,2 \pm 11,7$, мужчин – 39 (46%), женщин – 45 (54%). Поражение правой доли печени выявлено у 59 (70%) больных в левой доле печени у 19 (23%), билобарное поражение у 6 (7%) больных. Число очагов у одного больного варьировало от 1 до 4, размером от 5 до 37мм., средний размер $27,6 \pm 2,1$ мм. Выполнялась микроволновая абляция с использованием аппарата AveCure MWG 881 мощностью 32 ± 2 Ватт, частотой микроволн 902-928МГц. Контроль эффективности оценивался по данным лучевой диагностики УЗИ, МСКТ и/или МРТ с контрастным усилением органов брюшной полости в динамике.

Результаты: средняя продолжительность операции составила $34,67 \pm 6,6$ мин., среднее время воздействия $7,0 \pm 2,3$ мин. Общее число осложнений составило 7 (8%), по классификации Clavien-Dindo соответствовали 1 и 2 степени. Продолжительность жизни при первичном поражении печени однолетняя составила 87 %. двухлетняя – 67%, трехлетняя- 42%; медиана выживаемости составила 31месяц. Продолженный рост выявился в одном случае при деструкции опухолевого очага 37мм. При метастатическом поражении печени колоректального рака, продолжительность жизни однолетняя составила 81 %. двухлетняя – 71%, трехлетняя- 39%, при метастазировании рака молочной железы - однолетняя составила 83 %. двухлетняя – 75%, трехлетняя- 58%, при метастазировании рака желудка - однолетняя составила 71 %. двухлетняя – 57%, трехлетняя- 28%. Медиана выживаемости составила 28 месяцев. Локальное прогрессирование опухолевого процесса наступило в 3 (4%) метастатических очагах из 78 подвергнувшихся микроволновой абляции, размер 2(67%) узлов был 31 и 35мм, 1(33%) локализовался в S8-1(100%). Безрецидивное течение находилось в пределах от 5 до 26 месяцев, медиана безрецидивной выживаемости составила 9 месяцев.

Заключение: применение локальных медов деструкции позволило расширить критерии к хирургическому лечению больных с первичным и метастатическим поражением печени, увеличить продолжительность и улучшить качество жизни у нерезектабельных больных с выраженной сопутствующей соматической патологией, уменьшить количество операционно-анестезиологических рисков и послеоперационных осложнений за счет их миниинвазивности и малотравматичности, а так же уменьшить пребывание больных в стационаре.

69. Новые подходы к моделированию панкреатита в эксперименте

Панов В.В.¹, Парамонов Б.А.², Шпаков И.Ф.², Чакальский К.Б.¹, Мясников Н.И.¹,
Панов А.В.², Ищенко А.М.³

¹Ростов-на-Дону, ²⁻³Санкт-Петербург

¹ФГКУ 1602 ВКГ МО РФ

Для совершенствования схем медикаментозного лечения панкреатита необходимо иметь воспроизводимые экспериментальные модели, позволяющие моделировать заболевание различной степени тяжести. Исходя из экономических соображений, желательно использовать для этого мелких грызунов. Наиболее распространенным методом моделирования панкреатита является внутрибрюшинное введение L-аргинина. Степень тяжести патологического процесса зависит от дозировки аминокислоты. Тем не менее, разработка новых экспериментальных моделей по-прежнему остается актуальной. Для моделирования панкреатита у мышей использовали новые модели, в ходе которых осуществляли инъекции биоактивных веществ в ткань железы. Для этого выполняли разрез длиной 0,6 – 1,0 см вдоль паравертебральной линии слева ниже реберной дуги. После этого поджелудочная железа становилась видна через полупрозрачную фасцию. В паренхиму железы вводили следующие вещества: «Беталейкин» (рекомбинантный интерлейкин - 1 β) в дозе 0,1-0,5 нг вещества; сочетание двух цитокинов (интерлейкин - 1 β и интерлейкин-8); «Кларидаза» (коллагеназа из африканского сома) в дозе 1-10 мг. Указанные препараты вводили в растворе 0,9% NaCl в объеме 0,2 мл. Преимуществом данной модели является то, что сопутствующий заболеванию выпот в брюшную полость пригоден для проведения биохимического анализа. Дозированное введение провоспалительных цитокинов и коллагеназы позволяет добиваться воспроизводимого развития панкреатита различной степени тяжести и проводить исследования по медикаментозному лечению.

70. Возможности лечения перитонита и нефропатии, вызванной введением сулемы в эксперименте

Сивак К.В.¹, Панов В.В.², Панов А.В.², Парамонов Б.А.³, Шпаков И.Ф.³, Ищенко А.М.⁵, Чурилова И.В.³, Парамонова Н.М.⁵
^{1,3,4,5}Санкт-Петербург, ²Ростов-на-Дону
¹ФГБУ «НИИ Гриппа им. А.А. Смородинцева»
²ФГКУ 1602 ВКГ МО РФ
³ФГБ ВОУ ВО «Военно-медицинская академия»
⁴ФГУП «ГосНИИ Особо Чистых Биопрепаратов» ФМБА
⁵ФГБУН «Институт Эволюционной Физиологии и биохимии им. И.М. Сеченова»

Известное соединение сулема (хлорид ртути, HgCl₂) используется в экспериментальной хирургии для моделирования нефротоксических эффектов. При введении в брюшную полость, помимо этого, развивается токсический перитонит, степень тяжести которого зависит от введенной дозы токсиканта. В опытах на 96 крысах (по 8 животных в группе) изучали возможности коррекции метаболических нарушений посредством различных комбинаций лекарственных средств, которые вводили внутрибрюшинно. Использовали антиоксидантный препарат «Рексод» (рекомбинантная супероксиддисмутаза человека) в дозах 10тыс.Ед./кг. Рецепторный антагонист интерлейкина - 1 β) и «БТШ» применяли в 20 мг/кг (рекомбинантный) внутрибрюшинно в двух вариантах: за 30 минут до введения токсиканта (профилактическое введение) и спустя 1 час (лечебное) применение. Спустя 48 часов животных выводили из опыта (эвтаназия). Проводили расчет массовых коэффициентов органов (легкие, почки, надпочечники, селезенку, печень), отбирали сыворотку крови для проведения биохимического анализа (общий белок, глюкоза, мочевины, протромбин, билирубин). Установили, что применение супероксиддисмутазы в виде монотерапии и в сочетании с БТШ и особенно с рецепторным антагонистом интерлейкина -1 в значительной степени снизило выраженность токсического эффекта. В на статистически значимом уровне (p<0,009-0,016) меньшей степени были выражены биохимические отклонения.

Морфологических изменений в почках были менее выражены. Отмечена тенденция к уменьшению объема воспалительного выпота в брюшной полости.

71. К вопросу о лечении спаечного процесса в брюшной полости (экспериментальное исследование)

Панов В.В.¹, Панов А.В.¹, Чакальский К.¹, Мясников Н.И.¹, Абозин М.В.², Шпаков И.Ф.², Чурилова И.В.³, Ищенко А.М.³, Парамонова Н.М.⁴, Скворцов Н.В.⁵, Антонов С.Ф.⁵, Парамонов Б.А.²

¹Ростов-на-Дону, ²⁻⁴Санкт-Петербург, ⁵Москва

¹ФГКУ 1602 ВКГ МО РФ

²ФГБ ВОУ ВО «Военно-медицинская академия»

³ФГУП «ГосНИИ Особо Чистых Биопрепаратов» ФМБА

⁴ФГБУН «Институт Эволюционной Физиологии и биохимии им. И.М. Сеченова»

⁵ООО «Научно-исследовательский институт средств противоожоговой терапии»

Развитие рубцового процесса в брюшной полости в результате заболеваний и выполненных оперативных вмешательств приводит к развитию тяжелейшего заболевания – спаечной болезни. Лечение спаечной болезни до конца не отработано.

Целью исследования является изучить в эксперименте возможности терапии перитонита в острой фазе и начальных проявлений спаечной болезни в эксперименте. Спаечный процесс в опытах на 56 крысах моделировали двумя способами. Первый из них предусматривает многократное (10 раз) внутрибрюшинное введение метилглиоксаля (альдегида пировиноградной кислоты) в дозе 0,2 мл на 100 г массы тела. Второй способ – однократное введение талька в брюшную полость в объеме от 0,2 до 3 мл. Наблюдение за животными осуществляли в течение 3-х месяцев. Лечение проводили введением рекомбинантной супероксиддисмутазы (10тыс.Ед./кг) и антагониста рецепторов интерлейкина -1 (20 мг/кг). В отдельной группе использовали препарат «Кларидаза» (коллагеназа пищеварительного тракта рыб). Установили, что общепринятая модель с введением метилглиоксаля является сложной многоэтапной и неудобной для исследователя. Формирование спаечного в брюшной полости происходит медленно и выражено неравномерно. При использовании медицинского талька в качестве агента, вызывающего спайки выявлены дозозависимые закономерности, позволяющие моделировать желаемую степень тяжести патологии. Применение противовоспалительных агентов в ранние сроки при моделировании патологии позволяет снизить степень выраженности патологического процесса. В опытах *ex vivo* показана возможность устранения (растворения) формирующихся спаек в результате действия коллагеназы. Внутрибрюшинное ведение коллагеназы не вызывает токсических эффектов у крыс. Предварительные данные о состоянии мезотелия брюшной полости крыс при лечении спаечного процесса свидетельствуют о том, что используемые вещества не повреждают выстилку брюшной полости.

72. Новые подходы к лечению панкреатита (экспериментальное исследование)

Панов В.В.¹, Ким И.Ю.¹, Чакальский К.Б.¹, Парамонов Б.А.², Чурилова И.В.³, Сивак К.В.⁴, Саватеева-Любимова Т.Н.⁴, Любишин М.М.⁴, Панов А.В.¹, Антипова Т.О.³, Полоцкий А.Е.³, Мартюшин С.В.³, Ищенко А.М.³, Васильев Ю.

¹Ростов-на-Дону, ²⁻⁴Санкт-Петербург

¹ФГКУ 1602 ВКГ МО РФ

²ВМедА им. С.М. Кирова

³ФГУП «ГосНИИ Особо Чистых Биопрепаратов» ФМБА

⁴ФГБУ НИИ Гриппа

Исследовали возможность применения новых медикаментозных препаратов и композиций при лечении экспериментального панкреатита у грызунов. Эксперименты проведены на 200 белых беспородных мышах массой 20-25 г. и 240 разнополых крысах с массой тела 220-270 г. Панкреатит моделировали внутрибрюшинным введением L-аргинина в дозах от 3000 до 7000 мг/кг массы тела. Лечение проводили внутрибрюшинным введением препаратов: РЕКСОД (рекомбинантная супероксиддисмутаза), АРИЛ (антагонист рецептора интелейкина-1), белки теплового шока (м.м. – 70 кДа), Контрикал (5000 ед/кг) и Трилон –Б по отдельности и в различных сочетаниях. Препараты вводили превентивно (до моделирования панкреатита) и после дебюта заболевания. Отдельной группе животных, выживших после низких дозировок L-аргинина (3000 и 4000 мг/кг), спустя различные сроки (2, 4 и 12 недель) повторно вызывали панкреатит. Определяли уровни летальности, проводили биохимические и гистологические исследования. Об эффективности лечения судили по биохимическим показателям крови (активность ферментов поджелудочной железы) и гистологическому исследованию ткани поджелудочной железы. В сыворотке крови определяли активность трипсина, амилазы и липазы. Использовали унифицированные методы лабораторной диагностики и наборы Fluitest фирмы «Analyticon» (Германия), анализ проводили на автоматическом биохимическом анализаторе KeyLab (BPC+BioSed, Италия). После подготовки срезов микроскопическое исследование проводили на световом микроскопе Leica DM1000. Статистическую обработку проводили с помощью программ Excel и GraphPad Prism 7.0. Для визуализации величины выживаемости строили кривые Каплана-Мейера с оценкой уровня значимости по критерию Мантела-Кокса. Различия между группами оценивали с помощью непараметрических критериев Краскела-Уоллиса и Манна-Уитни и считали значимыми при уровне $p < 0,05$. Установили, что применение новых препаратов (Рексод, АРИЛ и БТШ) в сочетании с известными препаратами позволяет значительно повысить эффективность лечения.

73. Применение ферментов с коллагенолитической активностью в хирургической практике

Парамонов Б.А.¹, Шпаков И.Ф.¹, Скворцов Н.В.¹, Антонов С.Ф.², Панов В.В.³,
Чакальский К.Б.³

¹Санкт-Петербург, ²Москва, ³Ростов-на-Дону

¹ФГБ ВОУ ВО «Военно-медицинская академия»

²ООО «Научно-исследовательский институт средств противоожоговой терапии»

³ФГКУ 1602 ВКГ МО РФ

Создание препаратов на основе коллагеназ имеет большое значение для хирургии. Фармакологическое действие коллагеназы основывается на структурной функции фермента в организме - деструкции коллагена, основного вещества соединительной ткани. Способность фермента гидролизовать в коллагене специфические пептидные связи, которые практически не поддаются гидролизу другими ферментами, делают коллагеназу уникальным естественным деполимеризующим ткани агентом. Ранее основной сферой применения коллагеназы было применение для очистки ран и трофических язв от раневого детрита. Для этой цели использовали, главным образом, ферменты, выделенные из микроорганизмов. Указанные энзимы имеют существенные недостатки: высокую аллергенность и относительно низкую коллагенолитической активностью, наиболее перспективными являются, т.н. сериновые коллагеназы, уровень специфической активности которых существенно выше. Источники получения ферментов в последнее время значительно расширились, их получают из грибов, насекомых, гидробионтов и хищных рыб. В свое время появление коллагеназы из гепатопанкреаса камчатского краба явилось прорывным явлением. Недавно была разработана технология получения фермента с близкими характеристиками из пищеварительного тракта африканского сома и других видов рыб. Это делает их еще

более ценными, так как для лечения патологических рубцов требуется не только деполимеризовать хаотично сшитый коллаген соединительной ткани, но также и глюкозаминогликаны межклеточного матрикса. Указанные преимущества обусловлены следующими обстоятельствами. В зависимости от природы коллагеназы различного происхождения способны гидролизовать различное число связей в коллагене. Так микробные клостридийные коллагеназы гидролизуют молекулу коллагена только в двух местах, в то время ферменты из краба или рыб гидролизуют молекулу коллагена почти полностью. Кроме того, из указанных источников выделяются не отдельные ферменты, а комплексы сериновых протеаз с широкой субстратной специфичностью. Наиболее перспективное направление в использовании коллагеназ – это лечение патологических рубцов кожи. Для более широкого внедрения методик проводятся работы по созданию приемлемых лекарственных форм: пластырей и гелей. Большие перспективы связаны с отработкой методов профилактики и лечения спаечной болезни, а также рубцовых изменений внутренних органов после выполненных хирургических вмешательств.

74. Сравнительный анализ коллагенолитических ферментов, применяемых в хирургической практике

Скворцов Н.В.¹, Антонов С.Ф.¹, Парамонов Б.А.², Панов В.В.³, Чакальский К.Б.³,
Любишин М.М.⁴, Сивак К.В.⁴

¹Москва, ^{2,4}Санкт-Петербург, ³Ростов-на-Дону

¹ООО «Научно-исследовательский институт средств противоожоговой терапии»

²ФГБ ВОУ ВО «Военно-медицинская академия»

³ФГКУ 1602 ВКГ МО РФ

⁴ФГБУ «НИИ Гриппа им. А.А. Смородинцева»

Разработка новых средств лечения базируется на использовании средств и методик объективного контроля свойств препаратов. Отдельную проблему составляет сравнение свойств ферментативных препаратов, в частности, обладающих коллагенолитической активностью.

Целью исследования явилось сравнительное изучение свойств коллагенолитических препаратов из разных источников.

Изучали следующие виды ферментов: образцы коллагеназы из гепатопанкреаса краба *Paralithodes camtchatica* («Ферменкол») и субстрат для косметических средств (ЗАО «Биопрогресс»); , г. Щелкова, (Москва); экстракт грибных ферментов, выделенных из базидиального (высшего) гриба; микробную клостридиопептидазу («Коллализин»); фермент из пищеварительного тракта рыб («Кларидаза»). Специфическую активность ферментов по гидролизу компонентов внеклеточного матрикса определяли *in vitro* по следующим направлениям: вискозиметрия коллагена и гиалуроновой кислоты после воздействия ферментов; амилитическая и коллагенолитическая активность. Способность разрушать коллаген оценивали по гидролизу желатина и в реакции ВАРНА. В опытах *ex vivo* изучали воздействие ферментов на удаленные в ходе оперативных вмешательств образцы рубцовой ткани. Исследовали влияние мазевых основ различного состава на активность коллагеназы, добавленной в качестве действующего вещества. В опытах на животных изучали токсические свойства (острая и хроническая активность, генотоксичность, эмбриотоксичное действие) ферментов, влияние на иммунитет, репродуктивную функцию, а также специфическую активность по лечению рубцов.

Установили, что образцы коллагеназы, выделенной из камчатского краба («Ферменкол») и хищных рыбы («Кларидаза») обладают схожими свойствами и отличаются высоким уровнем биохимической активности, проявляющейся в отношении белков (включая коллаген) и гликозаминогликаны. В опытах на животных показан высокий уровень безопасности ферментов. В докладе будут представлены результаты комплексного анализа ферментов.

75. О проблемах наружного дренирования гепатикохоледоха (НДГХ) при жёлчекаменной болезни

Балалыкин А.С., Оразалиев Г.Б., Шпак Е.Г., Вербовский А.Н., Архипкин А.К.,
Муцуоров Х.С., Войтковский А.Е.
МКНПЦ, ЦГБ, Беруний; ЦКБ, Грозный; ЦГБ, Реутов

Актуальность. Хирурги, ограниченные технически и во времени, вполне обоснованно прибегают к наружному дренированию желчных протоков (НДЖП) как скорейшему способу завершения операции. За многолетнюю историю хирургии холангиолитиаза предложены разные способы НДГХ и виды дренажных трубок, но лишить метод недостатков не удалось.

Цель исследования – изучить неудачи и осложнения НДГХ в хирургии холангиолитиаза.

Материал и обсуждение. 1. О путях дренирования в традиционной и лапароскопической хирургии. При сравнении результатов традиционной и лапароскопической хирургии установлено, что частота операций НДГХ (2.5%) реже, чем в традиционной (13.9%), и используется дренирование через культю пузырного протока (КПП). Это, и результат двухэтапной тактики ЖКБ, в которой эффективные ЧПО являются первым этапом лечения больных; и недостаток лапароскопической хирургии, обусловленный неприятием хирургами лапароскопической холангиолитотомии (ХЛТ). 2. Проблемами НДЖП являются: 1-недостаточная объективность и обоснованность проведения операций НДЖП; 2-ошибки названия, выбора и обработки дренажей; 3-методические и технические ошибки проведения НДЖП; 4-нарушение принципов послеоперационного ведения больных с НДЖП; 5-осложнения НДЖП и тактика их лечения. Недостаточная объективность и обоснованность показаний к проведению НДЖП включает: - ошибки и малая информативность пред- и интраоперационной диагностики; - субъективизм хирургов, - недостаточный их опыт и помощников; - неадекватная санация желчных протоков. Ошибки названия, выбора и обработки дренажей: - хирурги путают название дренажей; - плохое качество и неадекватные параметры дренажных трубок; - неправильная обработка дренажных трубок. Из Т-образных дренажей, названных Kehr, только 39% были таковыми (срезанная полуокружность), а остальные были дренажами - J.Deaver (несрезанная полуокружность). Таким образом, дренажом Kehr называются и описываются другие виды дренажей и являются «импровизацией» хирургов. Дренажом по А. В. Вишневному надо называть лишь тот, если используется принцип «сифон-манометр» в послеоперационном периоде. В противном случае это - дренаж А. Lane, Дренаж W. Halsted – трубочка в ОЖП через КПП, хирурги называют дренажом Д.Л. Пиковского, предложившего дренажную трубку диаметром 1мм и доказавшего текучесть желчи через неё. 3. Ошибки собственно операции НДГХ: использование недостаточно обработанных дренажных трубок, неудачи выбора места установки дренажа; ошибочное размещение дренажной трубки в ГХ; применение нерассасывающихся нитей для фиксации дренажа, приводящие к трудностям удаления, дискомфорту больных, образованию гранулем; дефекты фиксирования (тугое, слабое) дренажной трубки; пренебрежение дренированием брюшной полости. 4. Ошибки ведения послеоперационного периода: длительное дренирование и потеря желчи; пассивное ведение дренажа в послеоперационном периоде; неправильное расположение желчеприемника; преждевременное и позднее удаление дренажа; удаление дренажа без контрольной холангиографии; длительное пребывание больных в стационаре. 5. Дефекты и осложнения НДЖП (ранние, поздние): перегибы дренажных трубок (5.4%); неправильное положение бранш и нарушение проходимости желчных путей (5.4%); деформация гепатикохоледоха (2.7%); дислокация дренажа (2.7%); подтекание желчи мимо дренажа в брюшную полость (22%); обильное длительное желчеистечение по

дренажу (19%); повреждение гепатикохоледоха при извлечении дренажа (5.4%); желчный перитонит, абсцессы (5.4%); холангит (13.5%); желчный свищ (2.7%); стриктуры гепатикохоледоха (8.1%), холангиолитиаз (63 %) Традиционная лапаротомия для их коррекции проведена у 14% (умер 1 пациент 82 лет с желчным перитонитом); лапароскопия - у 3% и ЧПО - у 83% больных.

Таким образом, эндоскопия – это «палочка-выручалочка» в решении проблем НДЖП.

76. К проблеме тактики лечения сочетанных поражений желчного пузыря и желчных протоков при желчекаменной болезни.

Балалыкин А.С., Оразалиев Г.Б., Шпак Е.Г.
Вербовский А.Н., Архипкин А.К., Муцуров Х.С., Войтковский А.Е.
МКНПЦ, ЦГБ, Беруний; ЦКБ, Грозный; ЦГБ, Реутов

Актуальность. В тактике лечения желчекаменной болезни и её осложнений существуют разные доступы (лапароскопический, внутриспросветный чреспапиллярный, пункционный) и подходы (трёх-, двух- и одноэтапный), выбор которых спорен и требует разрешения.

Цель – обсудить вопрос выбора рациональной тактики лечения сочетанных поражений желчного пузыря (ЖП) и гепатикохоледоха (ГХ) при ЖКБ.

Материал и обсуждение. Ведущим фактором в определении тактики и первого этапа лечения осложненной желчекаменной болезни является преимущественное поражение одного из отделов желчевыводящей системы: жёлчный пузырь – деструктивный холецистит, желчный перитонит; желчные протоки – желтуха, холангит, печёночная недостаточность.

Двухэтапная тактика. Тяжесть состояния больных с сочетанными поражениями и высокая эффективность лапароскопической холецистостомии (ЛХСТ) (Прудков И.Д., 1968), операции ЭПТ (Благовидов Д.Ф. с соавт., 1974) и другие чреспапиллярные операции (ЧПО) определили первый этап лечения больных, а при улучшении состояния пациентов – второй этап традиционная холецистэктомия (ХЭ). Использование обоих путей дренирования желчевыводящей системы открыло перспективы перфузии желчевыводящей системы и лечения гнойных осложнений (А.С. Балалыкин, 1980) и в 70-80-е годы стало методом выбора лечения тяжелых больных с осложненной желчнокаменной болезнью. Приоритет российских хирургов! Проведение операций должно осуществляться в максимально короткие сроки с момента поступления больных, вплоть до экстренных вмешательств. С 1991 года в РФ стала применяться лапароскопическая ХЭ (Ю.И. Галлингер, А.С. Балалыкин) и практически вытеснила традиционную. Возможна и 3-х этапная тактика – холецистостомия, ЧПО, ХЭ.

Высокоэффективные ЧПО открыли перспективы адекватных операций при ЖКБ и сократили больных с «ПХЭС». Недостатки: 1 - у 15-25% больных ЧПО оказываются неудачными, 2 – повышение суммарной частоты осложнений: при ЧПО - 5-8 % с летальностью 0,5-1.5 % и при операции ЛХЭ, соответственно, 8-15 % и 0,6-2,5%; 3 - стремление выполнить их в полном объёме и в один прием; 4 – игнорирование принципов перехода от одного этапа к другому. Операция ЭПТ в один этап нами выполнена у 87,2% пациентов, причем в одинаковой степени типичными и нетипичными способами; а в несколько (максимально 3 этапа) – 11%; полная санация гепатикохоледоха – 85%; летальность – 1,8%.

В современной хирургии осложненной желчекаменной болезни конкурирующие позиции как первый этап лечения приобретают другие малоинвазивные методики (антеградные и ретроградные, пункционные под контролем УЗИ и лапароскопические).

Двухэтапная тактика лечения осложненной желчекаменной болезни остается в настоящее время методом выбора и позволяет обеспечить снижение послеоперационных осложнений и, главное, летальности до 0-2,8% (А.Н. Бухарин с соавт., 2009; Ю.Л.

Шевченко с соавт. 2009). Но, даже в высококвалифицированных учреждениях отмечен рост числа традиционных хирургических операций (Луценко В.Д., 2004).

Одноэтапная тактика. Желание радикально в один этап излечить сочетанные поражения желчного пузыря и желчных протоков при желчекаменной болезни привело сначала к комбинации ЛХЭ и интраоперационной антеградной папиллотомии через культю пузырного протока под контролем эндоскопа и санации желчных протоков от камней, а затем и одномоментной лапароскопической холангиолитотомии через культю пузырного протока и гепатохоледохотомию (Андреев А.Л., Балалыкин А.С., Кригер А.Г., Королев М.П., Майстренко Н.А., Снигирёв Ю.В., Старков Ю.Г., Стрижелецкий В.В., Оноприев А.В., Феденко В.В., De Paola G. D.; Cuschieri A. e. a.; Rhodes M. e. a.).

Операция ЛХЛТ через пузырный проток и холангиолитотомия в отличие от двухэтапного не требует проведения двух наркозов, эффективна, имеет меньшую частоту конверсии (до 1,2%), местных осложнений (1-15,8%), летальности (0,3-2%), более низкую стоимость и короткое пребывание на койке. Наш опыт: 31 операция, 1 конверсия, 1 осложнение, летальных исходов не было. Недостатки: необходимость дорогого оборудования и удлинение оперативного времени, условие – хирургический опыт, владение эндохирургической техникой изменение менталитета хирургов. Категорично и отрицательно о ней высказался на съезде хирургов 2018 г. выдающийся хирург и организатор Президент общества гепатологов профессор В.А. Вишневский.

Итак, лапароскопический подход для лечения осложненной ЖКБ показан для функционально-операбельных больных с крупными камнями при расширенном ГХ у больных молодого возраста, а двухэтапное лечение - при тяжелом состоянии больных, мелких камнях, узком холедохе, воспалительных изменениях в гепатобилиарной зоне и анатомических аномалиях.

77. Осложнения операции холецистэктомии и холецистолитотомии и пути их коррекции

Балалыкин А.С., Оразалиев Г.Б., Шпак Е.Г., Вербовский А.Н., Муцуоров Х.С.,
Войтковский А.Е., Архипкин А.К.
МКНПЦ, ЦГБ, Беруний; ЦКБ, Грозный; ЦГБ, Реутов

Актуальность. С внедрением операции ЛХЭ и первого анализа её результатов в 1991 году на конференции в Курске остаётся актуальным её сравнение с традиционной операцией в части характера осложнений и способах их коррекции.

Цель работы – оценить особенности осложнений операции холецистэктомии (ХЭ) и пути их коррекции.

Материал и обсуждение. В 2016 – 2017 гг. мы наблюдали 87 больных с осложнениями операций ХЭ: 44 – после традиционной (ТХЭ) и 43 – после ЛХЭ, т.е. группы были сравнимы по количеству больных. В их числе 7 пациентов с повреждениями желчных протоков (ТХЭ-1, ЛХЭ-6); 4 - желчеистечениями из-за негерметичности наружных дренажей желчных протоков (НДЖП) после ТХЭ (3 - Т-образных, 1-трубчатый); 17- несостоятельностью культи пузырного протока и желчеистечениями (3 и 14); 1- желчным свищом (ТХЭ); 7 - стриктурами желчных протоков (6 и 1); 27- забытыми камнями (23 и 4); 1- неполной ХЭ. Итак, для ЛХЭ наиболее частыми из осложнений являются повреждения желчных протоков (ЖП) (14% от всех осложнений) и несостоятельность культи желчных протоков (НКПП) (32%), а при ТХЭ – проблемы наружного дренирования жёлчных протоков (НДЖП) (9%), неустранимый холангиолитиаз и новообразования БДС (52%).

Чреспапиллярная ЭХ, включающая комплекс оперативных вмешательств (эндоскопическая папиллотомия, литотрипсия, экстракция камней и фрагментов, восстановление естественного тока желчи стентированием пластиковыми и металлическими стентами), представляет новое направление в коррекции большинства неудач операции ТХЭ и ЛХЭ, ставшее методом лечения 76 % пациентов с

осложнениями: при касательных повреждениях ЖП (у 3 из 5 больных), желчеистечении в брюшную полость из-за несостоятельности швов гепатикохоледоха при НДЖП (11 из 14) и НКПП (12 из 17), холангиолитиазе (23 из 27), аденоматозе БДС (11) и т.д. Каждая их чреспапиллярных операций имеет особенности проведения в зависимости от характера осложнений. Несомненны перспективы ре- и лапароскопии при НКПП (3 из 17) и холангиолитиазе (2). Традиционная хирургия остается незаменимой при обширных травмах (3 из 6) и стриктурах желчных протоков (4 из 7 больных). Из 87 умер 1 больной 82 лет с желчным перитонитом и Т-образным дренажом от печеночной недостаточности.

Итак, внутрисветная эндоскопическая чреспапиллярная хирургия является ведущим направлением в коррекции осложнений операции холецистэктомии.

ПЛАСТИЧЕСКАЯ ХИРУРГИЯ

1. Абдоминопластика у больных с большими и гигантскими вентральными грыжами

Асланов А.Д., Куготов А.Г., Логвина О.Е., Куготов А.Х., Эдигов А.Т., Хашев А.Ч.
Нальчик

ГБУЗ Республиканская клиническая больница Кабардино-Балкарской республики

Цель – улучшить качество хирургического лечения больных с вентральными грыжами с сопутствующим ожирением.

Материалы и методы исследования: в хирургическом отделении №2 республиканской клинической больницы, на базе кафедры госпитальной хирургии в период с 2005 по 2010 гг. находились 83 больных с большими и гигантскими вентральными грыжами с сопутствующим ожирением. Возраст больных колебался от 36 до 62 лет. При этом женщин было - 78, мужчин – 5. По размерам грыжевого выпячивания и грыжевых ворот у 61 больного имелась вентральная грыжа больших размеров (от 20 до 25 см), а у 22 – гигантских размеров (более 25 см). У всех больных имелось ожирение по типу фартука («яблоко», абдоминальный тип), т.е. I тип ожирения. В отделении все больные были обследованы клинически и лабораторно. Проведена тщательная предоперационная подготовка, в виде дыхательной гимнастики, строгой диеты и т.д. Среди общего числа больных выделены 15 больных в качестве группы наблюдения, а основную группу составили оставшиеся 68 больных. В контрольной группе после предоперационной подготовки выполнена ненатяжная герниопластика с использованием полипропиленовой сетки. В основной группе выполнена абдоминопластика с ненатяжной герниопластикой полипропиленовой сеткой. В основном (n=62) выполнялось классическая расширенная абдоминопластика с транспозицией пупка (n=48), без транспозиции пупка (n=14). Кроме того, выполнены переднее-боковая, напряженная абдоминопластика (n=4), W-образная абдоминопластика (n=2).

Результаты: все больные были активированы на 3-4 сутки. В контрольной группе (n=15) у 5 больных наблюдались признаки усиления дыхательной недостаточности. У 10 больных наблюдались различного объема серомы в области послеоперационных ран, у одного больного в последующем наблюдался лигатурный свищ. В основной группе дыхательных расстройств не наблюдалось. У 1-го больного на 4 сутки была опорожнена серома до 50 мл. Получен хороший эстетический эффект.

Выводы. При наличии ожирения, выполнение, изолировано, грыжесечение, чревато развитием в послеоперационном периоде гематом, сером и прочих осложнениях. У больных с большими и гигантскими вентральными грыжами с сопутствующим ожирением, абдоминопластика является обоснованным, необходимым этапом операции. Абдоминопластика, кроме эстетического, имеет и функциональное значение, путем улучшения функции внешнего дыхания

2. Постбариатрическая пластическая хирургия у пациентов с ожирением

Стебунов С.С.

Минск, Республика Беларусь

ГУ Минский НПЦ хирургии, трансплантологии и гематологии

Актуальность. Бариатрические операции постепенно занимают прочное место в арсенале большинства хирургических клиник. Однако после массивной и быстрой потери веса почти всегда возникает не менее важная проблема обвисшей и дряблой кожи, которая также, как и ожирение может нарушать привычный образ жизни пациента.

Ввиду широкой распространенности бариатрических операций в последнее десятилетие развилась уникальная отрасль пластической хирургии, цель которой заключается в коррекции тела после значительной потери веса (постбариатрическая пластическая хирургия). Основным смыслом этой области пластической хирургии является иссечение избыточной свисающей кожи при отсутствии подкожного жира. Обычно такая свисающая кожа после похудения чаще всего возникает в области шеи, лица, рук, плеч, ягодиц, груди, живота и бедер. Методики эстетической хирургической контурной пластики являются идеальным дополнением в реабилитации пациентов после бариатрических вмешательств с целью коррекции контуров тела, улучшая качество жизни и социальную адаптацию пациентов. Нередко такие вмешательства приходится выполнять в несколько этапов. В таких случаях между операциями обычно проходит от нескольких недель до нескольких месяцев.

Материалы и методы. На данный момент мы имеем опыт выполнения более 450 бариатрических операций. Программа постбариатрической реабилитации таких пациентов включает как правило 3 этапа. Каждый этап проводится с интервалом в 2-3 месяца. Очередность этапов и их объем подбирается индивидуально. Всего выполнено 95 операций у 72 пациентов, то есть примерно у каждого третьего пациента после потери МТ и удержании веса в течение более 1 года. Мы условно выделили несколько степеней потери МТ: 1 степень – до 10- 20 кг., 2 степень - 20-35 кг., 3 степень - 35-45 кг., 4 степень - более 45 кг. Из всех прооперированных пациентов у 33 потеря МТ соответствовала 1 степени, у 19 - 2 степени, у 11 - 3 степени, у 9 пациентов - 4 степени потери МТ. У 9 пациентов потеря веса 3-4 степени наступила в результате гастрощунтирующих операций, у 16 пациентов МТ снизилась после рукавной резекции желудка, у них потеря МТ соответствовала 2-3 степени. Остальные пациенты потеряли вес в результате установки им регулируемого бандажа желудка. Период стабилизации после значительной потери массы составил от 1 до 3 лет. Для коррекции контура тела 16 пациентам из 33 с 1 степенью потери МТ выполнили абдоминопластику, причем у двоих - в два этапа с предварительной липосакцией. Одной пациентке следующим этапом произвели липосакцию области плеч и бедер, еще одной - дерматолипэктомия в области передней брюшной стенки, двоим - подтяжку бедер, 3 - брахиопластику и 2 - бодилифтинг. Из 19 пациентов со 2 степенью потери МТ, в 5 наблюдениях мы выполнили абдоминопластику, при этом одной пациентке – в сочетании с липосакцией области бедер. Двум пациентам выполнили двухэтапную коррекцию области живота - липосакцию, а затем абдоминопластику, ещё двум - подтяжку бедер и 1 - брахиопластику. У 11 пациентов с 3 степенью потери МТ 4 мы выполнили абдоминопластику, подтяжку бедер, брахиопластику и бодилифтинг. Двум пациентам произвели липосакцию области грудных желез с целью коррекции локальных жировых отложений и двухэтапную коррекцию области передней брюшной стенки живота, включающую липосакцию и абдоминопластику. Одному из этих пациентов для коррекции области груди мы выполнили вторым этапом иссечение избытков кожи. Двум пациентам мы выполнили торсопластику. Одному пациенту с 4 степенью потери МТ выполнена только липосакция в области передней брюшной стенки с целью улучшения контура и уменьшения МТ. Вес пациента изначально до лечения составлял 160 кг, на фоне диет он похудел на 10 кг, после установки бандажа еще 20-30 кг. Остальные пациенты этой группы перенесли торсопластику. Пластические операции в области лица (круговая подтяжка лица, блефаропластика) выполнены у 16 пациентов с различными степенями потери МТ.

Результаты и обсуждение. Во всех наших наблюдениях мы получили хороший и отличный эстетический результат. Среди осложнений мы наблюдали в 1 наблюдении расхождение швов после подтяжки бедер, в 3 наблюдениях - после абдоминопластики. У 2 пациентов наблюдали образование серомы после абдоминопластики, которые мы ликвидировали путем чрескожного пунктирования. Отметим, что у пациентов после бариатрической хирургии бывает дефицит питания и изменен метаболизм, что,

несомненно, увеличивает риск, отражается на восстановительном процессе. Учитывая это, необходимо более внимательно отбирать больных на такие вмешательства.

Выводы. Бариатрические пациенты требуют дальнейшей хирургической реабилитации. Деформации контуров тела после различных степеней массивной потери МТ могут быть скорректированы с помощью методик пластической хирургии, а также одномоментным или отсроченным комбинированием или сочетанием этих методик в одной или в нескольких анатомических областях с хорошим эстетическим эффектом.

3. Опыт лечения поверхностных ожогов нижних конечностей с помощью гидроактивных повязок Hydratul

Красенков Ю.В., Эдилов А.В., Домбаев А.А., Новиков М.Д., Склифасовский А.П., Михайлова Е.Ю.

Ростов-на-Дону

МБУЗ «ГБСМП г. Ростова-на-Дону»

Актуальность. По данным Всемирной организации здравоохранения, ожоги занимают третье место по частоте среди прочих травм. Около 75% больных ожоговых отделений составляют пациенты с поверхностными ожогами. Такие поражения требуют эффективного консервативного местного лечения. Большинство пострадавших от ожогов являются представителями молодого возраста по классификации ВОЗ (18-44 года), данная категория больных является наиболее активной, что делает проблему социально-значимой и требует особого контроля.

Цель исследования. Уточнение эффективности применения гидроактивной мазевой повязки Hydrotul у пациентов с поверхностными ожогами.

Материалы и методы. Исследование основано на результатах лечения 64 пациентов с ожогами IIIа степени нижних конечностей площадью до 15%, находившихся на лечении в ожоговом центре МБУЗ «Городская больница скорой медицинской помощи г. Ростова-на-Дону» с 2018 по 2019 год. Средний возраст больных составил $48,2 \pm 1,7$ года. Ожоги были вызваны кипятком 56,3% (n=36), пламенем 43,7% (n=28). Критерии включения в исследование: возраст пациентов от 18 до 50 лет; общая площадь ожогов до 15% поверхности тела, госпитализация в первые сутки после травмы. Критериями исключения были: обращение за медицинской помощью более чем через 24 часа с момента получения травмы, предшествующая химиотерапия и гормонотерапия, иммунодефицит, наркомания, варикозное расширение вен нижних конечностей, атеросклероз артерий нижних конечностей, сахарный диабет 2го типа. Критерии исключения не имели отношения к свойствам используемых раневых покрытий. Больные разделены на 2 клинические группы в зависимости от местного лечения ран. В I группу вошли пациенты, у которых использовались гидроактивные мазевые повязки Hydrotul, во II группу вошли пациенты, у которых использовались традиционные методы лечения ран. Пациенты обеих групп были сопоставимы по полу, возрасту, длительности заболевания, характеру поражения. Обработку ожоговых ран начинали непосредственно после поступления пациентов в стационар. Местное лечение включало в себя: освобождение ожоговой раны от прежней повязки, обработку раны раствором 0,05% Хлоргексидина Биглюконата, удаление участков отслоившегося эпидермиса, удаление раневого детрита, осушение раны стерильными салфетками, далее у пациентов I группы раны закрывали раневыми покрытиями Hydrotul, а у пациентов II группы на раны устанавливали повязки пропитанные мазью Левомеколь. Внешняя фиксация повязок в обеих группах осуществлялась бинтами. Статистическую обработку данных проводили с помощью пакета программ «STATISTICA 6.0».

Результаты и их обсуждение. В обеих клинических группах проводилась сопоставимая лекарственная терапия в соответствии с клиническими рекомендациями, физиотерапия, лечебная физкультура, при необходимости консультации смежных специалистов. Течение раневого процесса отслеживали по динамике общих и местных

клинических проявлений: общее состояние больного, времени появления грануляций, уровню обсемененности раны, эпителизации краев раны. Пациенты I клинической группы отмечали практически полное отсутствие болевого синдрома в области ран, начиная со вторых суток с момента начала использования раневых покрытий. В то время как пациенты II группы предъявляли жалобы на боли в области ран возникающие ввиду частичного высыхания традиционных мазевых повязок, что приводило к ограничению двигательной активности пациента (при локализации ожогов в области крупных суставов). Микробиологическое исследование осуществляли посредством забора мазков отпечатков из ран перед выполнением перевязок. Статистически достоверных данных касательно уровня обсемененности ран и видовому составу микрофлоры у пациентов обеих групп не было. В процессе лечения уровень обсемененности у всех пациентов сохранялся в пределах 103-104 КОЕ/см³. Эффективность использования раневого покрытия оценивалась по срокам эпителизации раны. В I клинической группе полная эпителизация ран наступала на 14,3±1,4 сутки, в то время как, у пациентов II клинической группы полная эпителизация раны наступала на 21,2±1,3 сутки. Каких-либо осложнений на фоне использования раневого покрытия Hydrotul мы не встретили.

Выводы. Использование гидроактивной мазевой повязки Hydrotul у больных с ожогами IIIа степени позволяет создать благоприятные условия для течения раневого процесса, способствует сокращению эпителизации раневых дефектов на 7 дней по сравнению с мазевыми повязками на основе Левомеколя. Также, использование гидроактивной повязки позволило сократить срок пребывания больных в стационаре, что является положительным психологическим и экономическим фактором.

4. Приоритеты и научные инновации профессора П.П. Коваленко в развитии торако-пластической хирургии и анестезиологической службы на Дону

Филонов Л.Г., Маслов А.И., Белик Б.М.
Ростов-на-Дону
ФГБОУ ВО РостГМУ Минздрава России

Становление торакальной хирургии в Ростове и Ростовской области связано с открытием в Центральной городской больнице им. Н.А. Семашко г. Ростова-на-Дону первого отделения на 60 торакальных коек. Заведующим отделением по совместительству был назначен руководитель кафедры общей хирургии Ростовского государственного медицинского института доцент П.П. Коваленко. При нём, на базе кафедры и отделения создан областной хирургический центр по подготовке торакальных хирургов. Свой приход на новую должность Пётр Петрович ознаменовал тем, что 19 февраля 1957 года он выполнил радикальную операцию на лёгких (лобэктомия). За короткий срок он со своими сотрудниками (В.А. Емельянов, П.К. Шак, Р.О. Кристостурьян, В.А. Кузьменко, А.Т. Анисимова, П.М. Складов, Н.М. Николаев и др.) освоили операции на сердце, включившись в плановую ангио- и кардиохирургию. Одновременно в торакальном отделении оказывалась круглосуточная хирургическая помощь больным Ростовской области с заболеваниями сердца, сосудов, лёгких и органов средостения. Параллельно в 1957-1961 гг. при кафедре создавались службы необходимые для работы этого центра. Так были открыты биохимическая, гистологическая и фотолаборатории. Создан банк по заготовке, консервированию и пересадке тканей и органов (зав. В.В. Козлов). По инициативе проф. П.П. Коваленко и проф. А.Р. Ханамирова был построен виварий для проведения разносторонних клинико-экспериментальных исследований. Уже в начале 1958 года было освоено зондирование сердца с кардиографией полостей на животных. Для выполнения объёмных операций требовалось развитие анестезиологической службы. В то время в основном применялись масочный наркоз и местное обезболивание. Друг П.П. Коваленко, академик А.Н. Бакулев, в 1958 году порекомендовал ему включить в штат отделения квалифицированного анестезиолога Милицу Здравковну Маркович (сербка по

национальности), которая по семейным обстоятельствам оказалась в Москве. Следует отметить, что М.З. Маркович по прибытию в Ростов-на-Дону была уже сложившимися врачом-анестезиологом, получившим фундаментальную подготовку в Военно-медицинской академии г. Белграда. С той поры в Ростове и области стали применяться эндотрахеальные наркозы. Появились талантливые анестезиологи-реаниматологи: к.м.н. А.Н. Канеева, к.м.н. Г.Д. Монченко и др. В 1958 году заведующим Ростовским отделом здравоохранения и главным хирургом области С.У. Аединовым издано распоряжение о создании областного хирургического «Центра» на кафедре общей хирургии по подготовке специалистов-анестезиологов и торакальных хирургов. 5 марта 1958 года проф. П.П. Коваленко выполнил первую на Юге России митральную комиссуротомию у больной, страдающей пороком сердца с благоприятным исходом. В дальнейшем больная наблюдалась в течение 14 лет. Она работала медицинской сестрой и ей терапевты разрешили иметь ребёнка. Наряду с успешным проведением операций по поводу врожденных, приобретённых пороках сердца и крупных сосудов, в 1957-1960 гг. выполнено 75 операций на лёгких, а также были осуществлены десятки операций на органах средостения, пищеводе, диафрагме, которые носили элементы новаторства. В частности, в отделении при операциях на пищеводе применялась предгрудинная пластика путём создания кожной трубки в оригинальной модификации П.П. Коваленко. Всего в клинике проф. П.П. Коваленко были выполнены сотни операций на пищеводе, в т.ч. по поводу стриктур и ахалазий. Результаты НИР, большой клинический опыт проф. П.П. Коваленко и соавт. были отражены в монографии «Восстановление пищевода при рубцовых сужениях» (1970), а также в ряде диссертационных работ проф. Г.И. Чепурного, проф. М.Ф. Черкасова и др. Без преувеличения можно сказать, что те организационно-методические, научные, кадровые основы торакальной хирургии, включающиеся применение для пластики аллогенных консервированных тканей, а также связанное с ними бурное развитие анестезиологии-реаниматологии и прикладных наук, которые были заложены в конце 50-х годов на кафедре общей хирургии, явились мощным толчком к развитию не только этих видов хирургической деятельности, но и привели к качественному улучшению учебно-педагогического процесса в РГМИ, а также способствовали подъёму на более высокий уровень всего здравоохранения Ростовской области. И здесь, неоспоримая заслуга нашего учителя Лауреата Государственной Премии, заслуженного деятеля науки РФ, члена-корр. РАМН, профессора Петра Петровича Коваленко.

БАРИАТРИЧЕСКАЯ ХИРУРГИЯ

1. Диагностика и лечение несостоятельности линии механического шва у пациентов после бариатрических операций

Авлас С.Д., Глинник А.А., Стебунов С.С., Руммо О.О., Германович В.И.
Минск, Республика Беларусь
ГУ Минский НПЦ хирургии, трансплантологии и гематологии

Актуальность. Бариатрическая хирургия в последнее время становится все более востребованной отраслью хирургии. Современные лапароскопические бариатрические операции имеют высокий уровень безопасности. Так, например, внутрибольничная летальность составляет в среднем 0,37%, а 30-дневная летальность - в среднем 1,15%. Однако в клинической практике наблюдается ряд осложнений бариатрической хирургии, в том числе септические, среди которых преобладает несостоятельность анастомозов и линии механического шва. Несостоятельность после рукавной резекции желудка по данным большинства авторов наблюдается в среднем в 2,2% случаев, после гастрощунтирования по Ру составляет 0,95-4,3%, а в некоторых исследованиях достигает 16%, после минигастрощунтирования 0,6-1,5%. Данные осложнения в ряде случаев являются угрожающими для жизни пациентов, в других случаях они значительно снижают качество жизни. Диагностика и лечение этих состояний является длительным, сложным и дорогостоящим процессом.

Материал и методы. За период с 2014г. по 2018 г. нами было выполнено 136 первичных лапароскопических бариатрических операций. Среди них 83 (61%) рукавных резекций желудка, 27 (20%) бандажирований желудка, 19 (14%) гастрощунтирующих операций, 7 (5%) гастропликаций. Изучены предикторы развития несостоятельности линии швов у пациентов после рукавной резекции желудка и гастрощунтирования. Предложен алгоритм диагностики и лечения несостоятельности линии механического шва у пациентов после бариатрических операций. Среди прооперированных пациентов средний возраст составил 37 ± 10 лет, минимальный 17,9 лет, максимальный 65 лет. Средний ИМТ составил $40,06 \pm 7,44$, минимальный 29,06, максимальный 61,89. За указанный период зарегистрировано 6 случаев несостоятельности линии механического шва, среди которых 5 имели место после первичных операций и 1 после ревизионной операции (одноэтапной конверсии бандажирования желудка в рукавную резекцию желудка) - 33,3%. Несостоятельности линии механического шва после первичной рукавной резекции желудка наблюдалась в 2 случаях (2,41%). После гастрощунтирующих операций несостоятельности линии механического шва развилась у 2 пациентов (10,53%). Так же зарегистрирован 1 случай несостоятельности линии механического шва у пациентки после гастропликации с резекцией дна желудка (14,29%). Среди пациентов, у которых послеоперационный период осложнился несостоятельностью линии механического шва, было 5 женщин и 1 мужчина. Средний возраст пациентов составлял $36,5 \pm 15,42$ и находился в диапазоне от 18 до 53 лет. Среди пациентов женского пола $40,2 \pm 13,95$ года и находился в диапазоне от 21 до 53 лет. Средний ИМТ пациентов составлял $48,67 \pm 6,3$ от 43,39 до 58,8. В предоперационном периоде пациенты оценивались по шкале рисков OS-MRS. Осложнения классифицировались по Dindo-Clavien. Также применялась классификация несостоятельности по срокам ее возникновения: ранняя - от 1 до 4 суток после операции, промежуточная - от 5 до 9 суток и поздною в сроки более 10 суток после операции. В зависимости от клинических проявлений несостоятельность классифицировалась как I и II типов. По сочетанию клинических и радиологических признаков несостоятельность линии швов классифицировалась как тип А, В и С [9, 13-15]. Ранняя несостоятельность линии механического шва наблюдалась у двух пациентов (33,3%) после рукавной резекции желудка и минигастрощунтирования. У двух пациенток послеоперационный

период осложнился развитием поздней микронесостоятельности линии механического шва. У обеих пациенток, у которых была выявлена поздняя несостоятельность линии швов, при наличии только местных проявлений воспалительного процесса в зоне операции без клинической картины разлитого перитонита и системного воспалительного ответа проводилось консервативное лечение (инфузионная, антибактериальная, противовоспалительная терапия) и контроль УЗИ органов брюшной полости через 2 суток. Длительность госпитализации в группе пациентов с микронесостоятельностью составила от 6 до 12 дней от момента выявления несостоятельности. У двух пациенток была выявлена промежуточная несостоятельность линии швов с обильным истечением желудочного содержимого. За указанный период во всех группах пациентов летальности не было.

Выводы. В случаях несостоятельности анастомозов и линии механического шва у пациентов после бариатрических операций подход к диагностике и лечению должен быть индивидуальным и учитывать наличие и характер сопутствующей патологии, а также особенности течения заболевания у данного пациента. Подход к лечению пациентов с описанными осложнениями должен быть дифференцированным и основанным на клинической классификации. В диагностике несостоятельности анастомозов и линии швов должны применяться современные рентгенологические, эндоскопические и лабораторные методы. Лечение данной группы пациентов должно проводиться мультидисциплинарной бригадой специалистов в клиническом центре, имеющем опыт выполнения бариатрических и реконструктивных операций на ЖКТ, в т. ч. ревизионных.

2. Выбор метода эндоскопического лечения у пациентов с патологическим ожирением

Стебунов С.С., Глинник А.А., Германович В.И., Руммо О.О.
Минск, Республика Беларусь

ГУ Минский НПЦ хирургии, трансплантологии и гематологии

Введение. С течением времени число выполняемых в мире операций по поводу ожирения неуклонно возрастает. Наиболее часто выполняемыми операциями сейчас являются регулируемое бандажирование желудка (ЛБЖ), гастрощунтирование (ГШ) и рукавная резекция желудка (ЛРЖ), а также эндоскопический метод – постановка внутрижелудочного баллона (ВЖБ).

Материал и методы. Мы имеем опыт проведения всех этих видов оперативных вмешательств с 2006 года. Накопленный опыт 476 вмешательств позволяет дифференцированно подходить к вопросу о выборе типа оперативного вмешательства. Лечение ожирения с использованием внутрижелудочного баллона был использован нами у 22 пациентов (3 мужчин и 19 женщин; 18-52 лет; вес 78-192 кг, в среднем 132 кг; средний ИМТ 35,6 кг/м²). Лапароскопическое бандажирование желудка выполнено 160 больным с применением управляемой системы Lap Band. Средний возраст пациентов составлял 39,5 ± 8,2 (20 - 63) лет, средняя масса тела до операции составляла 129,4 ± 23,9 (85 - 178) кг, а средний индекс массы тела (ИМТ) - 42,4 ± 6,2 (35,1 - 53,5) кг/м². Рукавная резекция (Sleeve Gastrectomy) выполнена 170 пациентам (24-55 лет; вес 89-213 кг, в среднем 142; средний ИМТ 46,7 кг/м²). Желудочное шунтирование выполнено 124 пациентам в возрасте 30-55 лет; вес от 135 до 210 кг, в среднем – 155 кг; ИМТ в среднем 53,2 кг/м²).

Результаты и обсуждение. Лечение ожирения с помощью внутрижелудочного баллона само по себе являются наименее безопасными. Метод может быть использован как подготовительный перед хирургическим лечением морбидного ожирения. В отношении снижения веса польза применения ВЖБ мала. Размещение баллона усиливает мотивацию и побуждает пациентов к изменению пищевых привычек, затем следует правильно подобранная диета и поведенческая модификация. ВЖБ может также служить

как дополнительный фактор в снижении и поддержании веса тела. Бандажирование желудка также в настоящее время нами применяется исключительно редко. Длительность ЛБЖ составила 30-69 мин. Средний койко-день – 2,3. Сроки послеоперационного наблюдения составили от 1 года до 7 лет. Со сроком наблюдения 5 и более лет обследованы 82 пациента, у которых к операции средний ИМТ был 40,6±6,1. Среди них у 78,2 % больных отмечена потеря избытка массы тела 50 и более процентов (в среднем – 65%). В группе больных с неудовлетворительными результатами отмечается постепенное нарастание МТ и снижение ее в сроки через 7 лет, причина которого лежит в изменении характера питания, злоупотребление жидкой высококалорийной пищей. У больных с ИМТ свыше 45 кг/м², «сладкоежек», с тяжёлыми и длительно существующими основными составляющими МС, операции ЛБЖ целесообразно изначально предпочесть рукавную резекцию желудка как первый этап или гастрощунтирование, как окончательный вариант лечения. Среднее время операции ЛРЖ составило 123 (70-140) минуты. Средний койко-день - 3,7. В послеоперационном периоде у двух пациенток наблюдали несостоятельность скрепочного шва желудка. В одном случае осложнение ликвидировано лапароскопически, во-втором, потребовало лапаротомии. ЛРЖ является эффективной, высокотехнологичной бариатрической операцией и может быть альтернативой всем рестриктивным операциям на желудке. В настоящее время она применяется наиболее часто при лечении ожирения 1-2 степени, у пациентов без выраженного метаболического синдрома. После нее возможен рецидив веса и необходимость проведения ревизионных вмешательств. Операции гастрощунтирования выполнялись лапароскопическим доступом в нашей модификации, как в классическом варианте с петлей по РУ, так и в варианте минигастрощунтирования. В ближайшем послеоперационном периоде у 1-го пациента мы наблюдали несостоятельность межкишечного анастомоза, которая была ликвидирована лапароскопически. Других осложнений мы не наблюдали. Средний койко-день – 4,0. Результат снижения массы тела – 76%.

Выводы. Арсенал современной эндоскопической бариатрической хирургии позволяет дифференцированно подходить к подбору вида оперативного вмешательства исходя из ИМТ, наличия сопутствующих ожирению заболеваний (метаболического синдрома) и выраженности мотивации у пациентов. Лапароскопическое бандажирование желудка является эффективным способом лечения больных ожирением у больных с ИМТ до 35-45 кг/м² в молодых возрастных группах, особенно у женщин детородного возраста и планирующих беременность. Лапароскопическую резекцию желудка можно считать альтернативой всем бариатрическим вмешательствам у пациентов с ИМТ до 45 кг/м² в любом возрасте. Можно рассматривать этот вид операций как первый этап шунтирования у пациентов с суперожирением и высоким риском оперативного лечения. Желудочное шунтирование считаем методом выбора у пациентов с ИМТ свыше 40-45 кг/м², лиц со слабой мотивацией к лечению, а также при СД 2 типа и выраженном метаболическом синдроме.

3. Антирефлюксные процедуры у пациентов с морбидным ожирением

Германович В.И., Стебунов С.С., Глинник А.А.

Минск, Республика Беларусь

ГУ Минский НПЦ хирургии, трансплантологии и гематологии

Актуальность. Около 20% населения экономически развитых стран Европы и Америки отмечают типичные симптомы ГЭРБ. По частоте лапароскопические антирефлюксные операции там уступают лишь холецистэктомии. Это связано с тем, что техника таких вмешательств в настоящее время хорошо отработана и у пациентов стоит выбор, принимать пожизненно медикаментозные средства или один раз перенести лапароскопию. Особую проблему составляет группа пациентов с ожирением и лишним весом в сочетании с ГЭРБ.

Целью работы было изучить возможность выполнения и эффективность различных антирефлюксных процедур у пациентов с ожирением.

Материалы и методы. В настоящее время мы имеем опыт выполнения более 450 различных бариатрических лапароскопических вмешательств. Антирефлюксных операции проведены у 73 (16%) пациентов из этой группы. Из них 23 мужчины и 50 женщины в возрасте от 20 до 72 лет (средний возраст 49.8 года). Длительность симптомов ГЭРБ от 1.3 до 20 лет (в среднем – 2.4 года). Всем пациентам для диагностики заболевания перед бариатрической операцией проведены рутинные методы обследования, эндоскопия, рентгенография желудка в положении Тренделенбурга, МРТ или КТ органов брюшной полости с пероральным контрастированием, избирательно – суточная Рн-метрия. Все пациенты проходили анкетирование с помощью опросника GERD-Q. Выполненные операции: фундопликация по Тоупе в сочетании с рукавной резекцией желудка – 6, фундопликация по Дору в сочетании с рукавной резекцией желудка – 18, «клапанный» СЛИВ – 32, фундопликация по Ниссену в сочетании с рукавной резекцией желудка – 2, круорография в сочетании с рукавной резекцией, гастрощунтированием и бандажированием желудка – 15.

Результаты и обсуждения. Летальности в указанной группе пациентов мы не наблюдали. Длительность вмешательств составила от 15 минут (круорография) до 185 минут (фундопликация по Ниссену). Причем, время операций зависело от опыта хирурга. Так длительность первых 20 фундопликаций по Ниссену составила 150-185 минут, последних - 50-70 минут. В трех случаях при больших грыжевых дефектах мы использовали сетчатый протез (полипропиленовую сетку и сетку Просид), еще в двух случаях – биологический протез перикарда «Биокард». Ненатяжная пластика синтетической сеткой может быть использована при закрытии больших посттравматических и хиатальных дефектов диафрагмы. При небольших диафрагмальных дефектах предпочтительнее применять интракорпоральный эндошов нерассасывающимся материалом. Из интраоперационных осложнений в одном случае мы наблюдали перфорацию пищевода (0.6%), пневмоторакс – 2 (1.3%) и подкожную эмфизему – 1(0.6%). Общее количество интраоперационных осложнений – 2.6%. Необходимость конверсии – 1 случай. В послеоперационном периоде из ранних осложнений наблюдали миграцию манжетки в одном случае на 2 день после операции и преходящую дисфагию в 5 случаях (3.2%). Из поздних осложнений стойкая дисфагия в 2 случаях (1.3%) и миграция манжетки в течение 1 и 11 лет после операции (рецидив грыжи) в 2 случаях (1.3%). По данным опросника отличные и хорошие результаты наблюдались через 6 месяцев у 91%, через 3 года – у 92%, удовлетворительные соответственно у 7.3% и 6.3%, неудовлетворительные у 2.1% и 1.5%.

Выводы. Лапароскопические антирефлюксные операции имеют хорошие и удовлетворительные долгосрочные результаты у 98% пациентов с ГЭРБ. У пациентов с ожирением вовремя бариатрических операций, в особенности рукавной резекции желудка, необходимо производить антирефлюксные процедуры, вид которых зависит от выраженности ГЭРБ. Лапароскопическая фундопликация по Ниссену является наиболее сложным и радикальным методом при больших грыжах пищеводного отверстия диафрагмы и осложнениях ГЭРБ. При выявлении грыж пищеводного отверстия диафрагмы до операции необходимо склоняться в пользу шунтирующих методик, таких как гастрощунтирование по Ру или минигастрощунтирование. Выполнение рукавной резекции желудка при этом предполагает необходимость обязательных дополнительных антирефлюксных процедур.

4. Сочетанные операции у пациентов с морбидным ожирением

Германович В.И., Стебунов С.С., Глинник А.А., Руммо О.О.

Минск, Республика Беларусь

ГУ Минский НПЦ хирургии, трансплантологии и гематологии

В последние годы резко вырос интерес к лапароскопическим операциям у пациентов с морбидным ожирением и ассоциированными с ним заболеваниями. Развитие малоинвазивной бариатрической хирургии позволила проводить сочетанные оперативные вмешательства без значительного увеличения риска.

Целью работы явилось изучение результатов применения сочетанных вмешательств при проведении лапароскопических бариатрических операций у лиц с морбидным ожирением.

Материал и методы. Мы имеем опыт выполнения более 450 различных бариатрических операций у пациентов с морбидным ожирением. Из них у 177 (39%) имелась необходимость проведения сочетанных оперативных вмешательств. Адгезиолизис как этап операции потребовался у 43 пациентов. Для рассечения спаек использовался ультразвуковой метод и монополярная коагуляция. Сочетанная холецистэктомия была проведена у 32 пациентов с ожирением при наличии желчно-каменной болезни (30 пациентов) и крупных полипов (2 пациента). Пластика грыжевых дефектов различных локализаций проведена у 16 пациентов. Пупочные грыжи наблюдались у 5 пациентов, вентральные – 8, паховые – 3. Вмешательства по поводу паховых грыж производились лапароскопическим методом (трансабдоминальная пластика), вентральных и пупочных – традиционным методом путем минилапаротомии. Сочетание рукавной резекции желудка с дистальным тонкокишечным шунтированием проведен у 3 пациентов. У 10 пациенток бариатрическое вмешательство сочеталось с операциями на органах малого таза. Так, у 3 были показания к удалению кист яичников, у 4 показаниями был склерокистоз яичников, у 3 были удалены мелкие фибромиомы матки. Отдельной темой является сочетание ожирения с рефлюксной болезнью пищевода. По нашим данным от 68 до 80% случаев ожирение сочетается с ГЭРБ. Сочетанные операции при ожирении и ГЭРБ были проведены у 73 пациентов. Выполненные операции: фундопликация по Тоупе в сочетании с рукавной резекцией желудка – 6, фундопликация по Дору в сочетании с рукавной резекцией желудка – 18, «клапанный» СЛИВ – 32, фундопликация по Ниссену в сочетании с рукавной резекцией желудка – 2, крурорафия в сочетании с рукавной резекцией, гастрощунтированием и бандажированием желудка – 15. В группе пациентов с сочетанными операциями летальности и осложнений мы не наблюдали. Сочетанные операции также достоверно не увеличивали длительность лечения в стационаре, а также не отражались на реабилитации. По данным опросника отличные и хорошие результаты наблюдались через 6 месяцев у 91%, через 3 года – у 92%, удовлетворительные соответственно у 7.3% и 6.3%, неудовлетворительные у 2.1% и 1.5%.

Выводы. Эффективность сочетанной операцией у пациентов с ожирением связана не только с потерей веса, но и с одномоментной коррекцией сопутствующих заболеваний. У пациентов с ожирением при наличии клинических проявлений ГЭРБ вовремя бариатрических операций (СЛИВ-резекции) необходимо производить антирефлюксные процедуры, вид которых зависит от выраженности ГЭРБ.

5. Повторные бариатрические вмешательства

Шило Р.В., Стебунов С.С., Глинник А.А., Германович В.И.

Минск, Республика Беларусь

ГУ Минский НПЦ хирургии, трансплантологии и гематологии

Актуальность. В настоящее время во всем мире выполняется большое количество бариатрических операций. Однако несмотря на отличные отдаленные результаты таких бариатрических операций, в послеоперационном периоде может возникнуть необходимость повторных вмешательств по ряду причин. Данные национальных реестров из Швеции, Великобритании и России показывают, что 3-8% процедур являются вторичными бариатрическими операциями и до 17-20% в отчетах других стран

(Объединенные Арабские Эмираты, Нидерланды). Эта работа сообщает об нашем опыте проведения повторных бариатрических операций.

Материал и методы. Объектом исследования послужили данные 141 пациентов, 34 (24,1%) мужчин и 107 (75,9%) женщин, которым были проведены бариатрические операции, выполненные за период 2015-2018 гг. Гастропликация составила 19%, рукавная резекция желудка – 56%, регулируемое бандажирование желудка – 19%, минигастрошунтирование – 5%, «классическое» гастрощунтирование по Ру – 6%, другие – 10%. Средний возраст пациентов составил $38,6 \pm 11,1$ лет. Из них 38 (27,1%) пациентов страдали ожирением 1 степени, 34 (24,1%) пациентов ожирением 2 степени и 63 (44,7%) пациентов ожирением 3 степени, соответственно. У 70 (49,6%) пациентов был выявлен метаболический синдром. Масса пациентов варьировалась от 73 кг до 230 кг и средний индекс массы тела составил 40,9. В зависимости от исходных данных пациентам были выполнены различные ревизионные лапароскопические операции. Одна (0,71%) операция потребовала конверсии на лапаротомию. За время наблюдения летальность составила 0%. В течение нескольких лет после лапароскопического бандажирования желудка (26 пациентов) у 3 (11,5%) пациентов бандаж был удален, 1 (3,8%) пациенту производилась коррекция положения бандажа из-за его смещения, также был удален бандаж у 1 пациента, которому бандажирование желудка выполнено в другом центре. Удаление бандажа с последующей рукавной резекцией желудка произведено 2 пациентам, бандажирование проводилось в других клиниках. После перенесенной СЛИВ-резекции желудка (79 пациентов) по причине развития гастроэзофагеальной рефлексной болезни 1 (1,26%) пациенту выполнены передняя крурорафия с гастрощунтированием, также из-за неадекватной потери веса 1 пациенту выполнено минигастрошунтирование, отметим, что первая операция была выполнена в другой клинике.

Результаты и обсуждения. Во многих исследованиях используется термин «повторная бариатрическая операция», другие применяют термин «ревизионная бариатрическая хирургия». Повторные бариатрические операции разделены на следующие категории: ревизионные, конверсионные и реверсионные операции. Ревизионные операция не изменяют анатомию после проведенного хирургического вмешательства (например, повторное бандажирование желудка, продольная резекция желудка). Обычно эти процедуры выполняются из-за послеоперационных осложнений и при возврате веса. Также при неадекватной потере веса или восстановлении веса наиболее часто применяются конверсионные процедуры. Данные операции представляют собой изменение структурной анатомии первичной операции в другой тип операции. Примерами являются переход от чисто ограничительной хирургии до мальабсорбтивных операций. Наконец, реверсионные операции означают отмену первичного вмешательства, как правило, с восстановлением исходной анатомии (например, удаление желудочного бандажа, восстановление анатомии после желудочного шунтирования). Восстановление веса после хирургического вмешательства может быть опасным для пациента, так как многие из связанных с ожирением сопутствующих заболеваний, которые разрешаются с потерей веса, могут вернуться. Этиология восстановления веса считается многофакторной, включая дооперационный индекс массы тела (ИМТ), пищевые привычки, психическое здоровье и анатомические изменения, такие как дилатация резидуального желудка, расширение желудочно-кишечного анастомоза. Применение повторных бариатрических операций в большинстве случаев позволяет усилить или возобновить эффект потери веса.

Выводы. Количество повторных бариатрических операций увеличивается с каждым годом. По международной статистике до 25% пациентов подвергаются дополнительным процедурам после первичной бариатрической операции, а пациентам после рестриктивных операций повторные вмешательства проводятся в 50% случаев. В нашей клинической практике этот показатель составляет 8,5% и основной причиной операции стали достижение целевых значений веса, развитие тяжелого течения ГЭРБ и восстановление избыточного веса. Следует отметить, что повторные операции в

сравнении с первичными операциями являются технически сложными и связаны с более высоким риском смертности, а также периоперационных и послеоперационных осложнений (более продолжительное время операции, повышенный риск непреднамеренного повреждения кишечника, интраоперационным кровотечением, переходом от лапароскопии к лапаротомии), что подчеркивает необходимость тщательного отбора пациентов, серьезной подготовки и опыта хирурга.

6. 12-летний опыт выполнения регулируемого лапароскопического бандажирования желудка

Стебунов С.С., Шило Р.В.

Минск, Республика Беларусь

ГУ Минский НПЦ хирургии, трансплантологии и гематологии

Актуальность. Регулируемое лапароскопическое бандажирование желудка (ЛБЖ) в течение нескольких лет являлась самой распространенной бариатрической операцией во всем мире. Нами изучены непосредственные и отдаленные результаты 142 ЛБЖ у пациентов с ожирением на протяжении 12-летнего периода.

Материалы и методы. С 2006 года одним хирургом произведено 140 операций ЛБЖ с использованием регулируемой французской системы Lap Band низкого давления. Возраст пациентов составлял 20 - 63 лет, масса тела составляла 85 - 178 кг, а средний индекс массы тела (ИМТ) - 42,4 кг/м². У всех пациентов мы использовали технику установки бандажа через pars flaccida. Сбор данных осуществлялся проспективно и анализировался ретроспективно у 91% пациентов. Среднее время наблюдения составило 108 (3-146) месяцев. Часть пациентов этой группы (12 случаев) была потеряна для последующего наблюдения по разным причинам.

Результаты и обсуждение. Преимуществами ЛБЖ считаем безопасность, малую травматичность, эффективность, физиологичность, обратимость, а также возможность регулировки. Недостатками ЛБЖ являются низкая эффективность при высоком ИМТ и коморбидных состояниях, высокое число малых поздних осложнений, большой процент возврата веса в отдаленные сроки, низкая комфортность жизни, а также большая зависимость результатов операции от пищевого поведения и привычек пациента. Из наших пациентов 36% сообщили о рефлюксных симптомах после вмешательства, 50% страдали от случайной рвоты, а 17% заявили, что они страдают дисфагией. Несмотря на эти сообщения, 80% пациентов довольны операцией. В этой группе больных вес в первые годы при хорошем результате постепенно снижается, а через 7 лет отмечается его возрастание, хотя и не достигающее дооперационного уровня. Средний результат снижения веса за весь период наблюдения – 47% (в первые 5 лет после операции – 58-64%). У 48% пациентов в результате лечения наступила компенсация метаболических нарушений (сахарного диабета 2 типа, артериальной гипертензии, гиперхолестеринемии), что позволило снизить количество и дозы лекарственных препаратов или вовсе отказаться от них. У 75% пациентов улучшились качественные показатели сна. Из интраоперационных осложнений нами наблюдались следующие: повреждение задней стенки желудка в 2 случаях; термическое повреждение тонкой кишки при разделении спаечного процесса после перенесенного перитонита – 1 случай. Таким образом, процент интраоперационных осложнений составил 2.1%. Ранние послеоперационные осложнения: нагноение послеоперационной раны с инфицированием порта в раннем послеоперационном периоде – 3 случая. Процент в группе ранних послеоперационных осложнений составил 4.3%. Летальности у пациентов, перенесших бариатрические операции мы не наблюдали. Поздние послеоперационные осложнения наблюдались в группе больных после бандажирования желудка в 9.2% случаев: эрозия бандажа в просвет желудка (эндоскопическое удаление бандажа) – 3 случая; смещение бандажа с развитием слиппаж-синдрома (релапароскопия, коррекция положения манжеты) – 2 случая; кахексия, потребовавшая

удаления бандажа – 1 случай; пролежень порта с последующим инфицированием его и удалением системы – 3 случая; расширение пищевода с развитием рефлюксной болезни – 3 случая; нарушение герметичности системы – 1 случай. Общее количество осложнений после ЛБЖ составило 13.6%. Наше клиническое наблюдение на протяжении 12 лет показало высокий процент поздних осложнений и возврата веса через 5-7 лет. Они связаны не только с техническими особенностями выполнения операции, но и с пищевым поведением пациентов. Профилактикой осложнений ЛБЖ является оптимальное расположение бандажа во время операции, фиксация манжеты, а также адекватное сопровождение пациентов в послеоперационном периоде. Также большое значение имеет регулирование манжеты. Следует избегать чрезмерного затягивания бандажа (переполнения системы). Большинство осложнений ЛБЖ возможно скорректировать лапароскопическим методом. У 19 пациентов в различное время после ЛБЖ проведены повторные бариатрические вмешательства по переводу бандажирования желудка в другие операции (рукавная резекция желудка, «классическое» гастрощунтирование, минигастрощунтирование).

Выводы. Несмотря на большое количество не летальных осложнений, лапароскопическое регулируемое бандажирование желудка сыграло и продолжает играть положительную роль в становлении бариатрической хирургии в целом. Это вмешательство эффективно как в плане снижения избыточной массы тела, так и лечения сопутствующих заболеваний. Операция показана с умеренно выраженным ожирением, женщинам детородного возраста, планирующим беременность. Она имеет ряд специфических осложнений, которые в большинстве случаев могут быть разрешены лапароскопически.

7. Профилактика развития рефлюкс-эзофагита у пациентов с продольной резекцией желудка по поводу ожирения

Мужиков С.П.¹, Барышев А.Г.^{1,2}, Ровой А.А.¹, Салихов Д.М.¹, Агаджанян Д.З.^{1,2},
Кодзоев Д.К.¹
Краснодар

¹ГБУЗ «Научно-исследовательский институт-Краевая клиническая больница №1 им. проф С.В. Очаповского» Министерства здравоохранения Краснодарского края

²ГБОУ ВПО «Кубанский государственный медицинский университет» министерства здравоохранения России, кафедра хирургии №1 ФПК и ППС

Введение. Риск возникновения рефлюкс эзофагита (РЭ) после выполнения продольной резекции желудка (ПРЖ) при лечении пациентов с ожирением составляет 40%. Симптомы, появляющиеся при развитии РЭ существенно ухудшают качество жизни пациентов, после данного вмешательства. Имеющиеся у пациента в анамнезе грыжа пищеводного отверстия диафрагмы (ГПОД) является относительным противопоказанием к выполнению ПРЖ, так как после операции часто отмечается появление РЭ, что ограничивает возможности хирургического лечения ожирения.

Цель работы: разработать способ выполнения продольной резекции желудка, позволяющий минимизировать риск развития рефлюкс эзофагита в послеоперационном периоде.

Материалы и методы: в период с 2015 по 2019 год выполнено 160 ПРЖ у пациентов с ожирением, из них 49 модифицированных ПРЖ, что составляет 30 %. Пациенты были разделены на три контрольные группы. Первая группа пациентов – 37 пациентов без РЭ (что составляет 75% от общего количества пациентов контрольных групп), вторая группа- включает 9 пациентов (18%), у которых был РЭ с клиническими проявлениями, третья группа - 3 пациента с малыми ГПОД (7%).

Результаты. Ключевым моментом выполнения ПРЖ по поводу ожирения является этап формирования «малого» желудка на калибровочном зонде с помощью сшивающих аппаратов. Особенностью нашей модифицированной операции является пересечение

желудка сшивающим аппаратом с сохранением угла Гиса. Далее, сохраненный угол Гиса инвагинируется в просвет с формированием клапана, что в послеоперационном периоде снижает риск появления РЭ. Частота развития осложнений в группе больных, которым выполнялась данная модификация ПРЖ не выросла, также не было увеличения времени вмешательства. Технические сложности, встречающиеся при выполнении данной модифицированной ПРЖ, незначительны и были связаны только с наличием спаечного процесса в области угла Гиса. В послеоперационном периоде проводилась сравнительная оценка клинических проявления РЭ в контрольных группах. После модифицированной ПРЖ в первой группе у 8 (21,0%) пациентов появилась клиника РЭ. Во второй группе клиника РЭ сохранилась у 5 пациентов, что составляет 55,0%. В третьей группе клиники РЭ зафиксировано не было. Полученные результаты позволяют считать, что модифицированная ПРЖ является эффективной для снижения риска развития РЭ в послеоперационном периоде. Таким образом, создание антирефлюксного механизма достигалось сохранением угла Гиса и инвагинацией его в сформированный «малый» желудочек, который выполнял функцию клапана.

Выводы: 1) при помощи сохранения угла Гиса и его инвагинации в сформированный «малый» желудочек при выполнении продольной резекции желудка по поводу ожирения создается клапан снижающий риск развития в послеоперационном периоде РЭ; 2) разработанный способ ПРЖ прост в исполнении, не увеличивает время выполнения операции и частоту возникновения осложнений; 2) его применение позволило снизить частоту развития и клинические проявления РЭ в группе пациентов, где данное осложнение встречается чаще всего, - у больных с ГПОД, сопровождающейся явлениями эзофагита.

8. Клинический опыт хирургического лечения больных с морбидным ожирением в условиях отделения общей хирургии.

Гладкий Е.Ю.¹, Гуменюк С.Е.², Григорьев А.Г.¹, Агрба Р.Р.¹, Гладкая Е.А.³,
Гориславская Е.В.¹.

Краснодар

¹НУЗ «ОКБ на ст. Краснодар ОАО «РЖД»

²ФГБОУ ВО «Кубанский государственный медицинский университет»
Минздрава России

³ГБУЗ «Научно-исследовательский институт – Краевая клиническая больница
№1 имени проф. С.В. Очаповского» Минздрава Краснодарского края

Актуальность проблемы. Ожирение представляет собой одно из самых быстро распространяющихся хронических заболеваний в мире. Усилия в решении данной проблемы объединяют многие специалисты - диетологи, психотерапевты, эндокринологи, микробиологи, фармацевты, гастроэнтерологи. Однако лечение морбидного ожирения остается приоритетом бариатрических хирургов.

Цель работы: улучшение результатов лечения больных с морбидным ожирением за счет дифференцированного подхода к определению показаний хирургического лечения.

Материалы и методы. С 2005 года по настоящее время в хирургическом отделении НУЗ «ОКБ на станции Краснодар ОАО «РЖД» проходили бариатрическое лечение 399 больных с ожирением различной степени. Установка баллонов осуществлена 74 больным. У 44 баллонирование желудка применялось как подготовительный этап к последующим операциям, у 30 больных - как самостоятельное лечение ожирения, причем у 3 больных это было последовательное 2-х кратное баллонирование желудка, через 2 недели после удаления первого баллона. Бандажирование желудка осуществлено 64 больным. У 62 пациентов операция завершена лапароскопически. Одной больной со спаечным процессом бандажирование выполнено после лапаротомии, адгезиолизиса. У 1 пациента на фоне кровотечения произведена конверсия, гемостаз, установка бандажа. У 11 больных выполнено билио-панкреатическое шунтирование, в 9 случаях в

модификации Гесс-Марсо, в 1 случае в модификации Скопинаро, 1 больная в модификации Сади. Все больные имели «метаболический синдром». Десять операций осуществлены лапаротомным доступом, операция Сади – лапароскопическим. Общую петлю оставляли на протяжении 80-85 см. У 157 больных осуществлена операции Sleeve-1. У 41 больных - Sleeve-2. У 32-х больных выполнено гастрощунтирование в различных модификациях. У 13-и больных - гастрощунтирование на отключенной петле по Ру. У 23 больных осуществлено минигастрощунтирование на петле от 150 до 200 см от связки Трейтца. В начале освоения бариатрической хирургии выполнено 1 еюно-илеощунтирование, потеря массы тела составила 53%.

Результаты и обсуждения. Средняя потеря массы тела в группе больных с баллонированием желудка составила 27,4% от избыточной массы тела. У этой категории пациентов были следующие осложнения (4,05%): перфорация баллона – 3 пациента, у 1 больной (1,4%) перфорированный баллон вызвал кишечную непроходимость, которая разрешена лапароскопически-ассистированной илеотомией, извлечением баллона, ушиванием кишки. У 1 пациента (1,04%) возникла стойкая некупируемая рвота в течение 7 дней, после чего баллон удален. Летальности не было. Средняя потеря массы тела в группе больных с бандажированием желудка после регулировок через год составила 43,3% от избыточной массы тела. Через 5 лет возврат веса составил 7,5%. Через 8 лет - 47%. Из осложнений (12,5%) были отмечены: нагноение порта - 2 случая, негерметичность манжеты с подтеканием физиологического раствора - 4 случая (6,25%), слипшейдж-синдром - 4 случая (6,25%). Умер один больной - 1,6%. В группе больных с билио-панкреатическим шунтированием средняя потеря массы тела через год составила 93,4%. Через 5 лет - 89%. Осложнений и летальности не было. После операции Sleeve-1 отмечено 10 (6,4%) осложнений – 3 (1,9%) несостоятельности скрепочного шва в области угла желудка, с образованием абсцесса левого поддиафрагмального пространства, перитонита, у 2-х больных абсцесс дренирован малоинвазивными способами с дальнейшим выздоровлением. У одной больной развилась несостоятельность шва, осложненная перитонитом и возникновением острой язвы средней трети культи желудка, осложненная декомпенсированным стенозом (больной осуществлялись санационные лапаротомии с ушиванием несостоятельности, наложением гастростомы, с последующей выпиской с рекомендациями повторной операции через 6 месяцев). У 6-ти больных (3,8 %) развилось кровотечение, в условиях операционной осуществлен гемостаз. У 1 больного (0,63%) развилась миастения – больной находился на продленной ИВЛ в течение 3-х суток, после чего экстубирован. Потеря массы тела в данной группе через год составила 67,1%. Через 5 лет возврат веса на 11%. Средняя потеря массы тела в группе больных после операции Sleeve-2 составила через год 33 %. Через 3 года у 36 больных произошел возврат веса на 27%. (87,7%). Осложнений и летальности не было. Средняя потеря массы тела у больных с гастрощунтированием составила 86%. У одного пациента (3,1%) послеоперационный период осложнился развитием эвентрации. Средняя потеря массы тела в группе больных с минигастрощунтированием составила 83% через год. Получено 2 (6,25%) осложнения: у 1 больной – синдром приводящей петли. Больная повторно оперирована, наложено Брауновское соустье. У второго больного - острая спаечная кишечная непроходимость – осуществлен лапароскопический адгезиолизис. Летальности в данной группе больных не было.

Выводы. Опыт проведения бариатрических операций позволяет отметить следующее: 1. В группе больных с бандажированием желудка получено самое большое количество жалоб, осложнений, летальность, а также наибольшее количество «рецидивов» - возврата веса, с пиком на 5-летний послеоперационный период, что подразумевает пересмотр показаний к данному виду вмешательств, в сторону выполнения Sleeve-1 – рестриктивной операции. 2. Баллонирование желудка в условиях нашей клиники осуществляется, как самостоятельный вид лечения начального ожирения - для выработки нового стереотипа питания, а также как подготовительный этап к последующему этапу хирургического лечения, у больных с ИМТ выше 50 кг/м², а также с тяжелой сопутствующей патологией. 3. Больным с ИМТ>45 кг/м², а также больным с

метаболическим синдромом необходимо выполнение комбинированных шунтирующих операций.

9. Опыт этапного лечения больных с морбидным ожирением с тяжелой сопутствующей патологией и супероожирением

Гладкий Е.Ю.¹, Гуменюк С.Е.², Григорьев А.Г.¹, Агрба Р.Р.¹, Гладкая Е.А.³,
Гориславская Е.В.¹, Медведева Т.А.¹.

Краснодар

¹НУЗ «ОКБ на ст. Краснодар ОАО «РЖД»

²ФГБОУ ВО «Кубанский государственный медицинский университет» Минздрава
России

³ГБУЗ «Научно-исследовательский институт – Краевая клиническая больница №1
имени проф. С.В. Очаповского» Минздрава Краснодарского края

Актуальность проблемы. В нашем скоростном веке ожирение постепенно, но настойчиво приобретает силу эпидемии, вытесняя другие заболевания, с которыми человечество уже справилось или решение проблем уже не за горами. Скорость распространения ожирения сравнима с неинфекционной эпидемией. Усилия в решении данной проблемы объединяют многие специалисты - диетологи, психотерапевты, эндокринологи, микробиологи, фармацевты, гастроэнтерологи. Однако, больные с ИМТ более 60 кг/м², пациенты с вторичной тяжелой сопутствующей патологией часто получают отказ в лечении у бариатрических хирургов из-за высокого анестезиологического риска. Возвратившись домой и разуверившись в здравоохранении, врачах и себе, данная группа пациентов часто больше нигде не обращается. Результаты таких поведенческих реакций больных лишены оптимизма.

Цель работы. Улучшение результатов лечения больных с ИМТ более 60 кг/м² и наличием вторичной тяжелой сопутствующей патологии за счет разработки и обоснования этапного лечения больных данной категории.

Материалы и методы. В клинике НУЗ «ОКБ на станции Краснодар ОАО «РЖД» разработана определенная медицинская программа, включающая этапное лечение больных с морбидным ожирением и супероожирением, ИМТ которых составил более 60 кг/м², и наличием тяжелых сопутствующих заболеваний. На первом этапе появления такого больного – он проходит лечение тяжелой сопутствующей патологии у кардиолога, пульмонолога, гастроэнтеролога, терапевта, эндокринолога, психолога. При относительной компенсации сопутствующей патологии, следующим этапом в программе является лечение у эндокринолога с применением диетотерапии, лекарственных препаратов, позволяющих снизить около 10% избыточной массы тела. На третьем этапе лечения, данной группе устанавливаются интрагастральные баллоны, как правило, под местной анестезией, из-за высокого анестезиологического риска. Установка интрагастральных баллонов может проходить более одного раза, с перерывом 15 - 20 дней. Параллельно с этим больным предлагается посещение фитнес залов с разработкой индивидуальной программы. С 2005 года по настоящее время в стационаре проходили бариатрическое лечение 399 больных с ожирением различной степени. Из них 154 мужчин и 245 женщин. Возраст пациентов составлял от 18 до 72 лет. Масса тела пациентов варьировала от 78 до 235 кг. ИМТ составил от 31 до 73 кг/м². За указанный период времени обратились 23 пациента с ИМТ более 60 кг/м², тяжелой сопутствующей соматической патологией, не позволяющей осуществить бариатрическую операцию первоначально. За это время этапное лечение супероожирения осуществлено 14 больным. Проведена коррекция следующих сопутствующих заболеваний: ИБС, гипертоническая болезнь - 12 больным, сахарный диабет 2 типа - 11 больным, лечение у эндокринолога с достижением компенсации и субкомпенсации заболевания, дыхательная недостаточность различных степеней с синдромом Пиквика - 4 больным, применялась СИПАП - терапия. Двоим больным с хронической венозной недостаточностью,

лимфостазом и образованием трофических язв, проведено лечение у сосудистого хирурга. В осуществлении этапной программы лечения отказано 9 больным ввиду возрастного ценза, неэффективности лечения сопутствующей патологии - плохой комплаентности и отсутствии выполнения рекомендаций врачей. Всем больным на этапе эндоскопического лечения установлены баллоны под местной анестезией, 6 больным установлены баллоны повторно и 2 больным трижды, с перерывом 15-30 дней. После окончания эндоскопического этапа - 2 больным осуществлено бандажирование желудка, 10 больным осуществлена SLEEVE-продольная резекция желудка. Одному больному осуществлено гастрощунтирование, одному больному - минигастрощунтирование. В группе больных с продольной резекцией желудка через 1-1,8 года осуществлялся шунтирующий элемент.

Результаты и обсуждение. Таким образом, проведенное исследование показало эффективность применения этапного лечения у 57% больных с морбидным ожирением и суперожирением, ИМТ которых составлял более 60 кг/м², наличием вторичной тяжелой сопутствующей патологии. Среди осложнений в исследуемой группе больных фиксированы - нагноение операционной раны у 4 больных, липидж-синдром у 1 больного, кровотечение в раннем послеоперационном периоде, 1 больной умер.

Выводы. Таким образом, наш опыт проведения этапного лечения у больных с суперожирением и у больных с морбидным ожирением с тяжелой сопутствующей патологией позволяет говорить о возможности оказания медицинской помощи данной категории больных путем разработанной этапной программы.

10. Опыт повторного хирургического лечения морбидного ожирения в условиях отделения общей хирургии, осложнения, ошибки

Гладкий Е.Ю.¹, Гуменюк С.Е.², Григорьев А.Г.¹, Агрба Р.Р.¹, Гладкая Е.А.³, Гориславская Е.В.¹.

Краснодар

¹НУЗ «ОКБ на ст. Краснодар ОАО «РЖД»,

²ФГБОУ ВО «Кубанский государственный медицинский университет» Минздрава России,

³ГБУЗ «Научно-исследовательский институт – Краевая клиническая больница №1 имени проф. С.В. Очаповского» Минздрава Краснодарского края

Актуальность проблемы. Среди заболеваний, угрожающих здоровью человечества и продолжающих свой неуклонный рост в 21 веке, ожирение является актуальной мультидисциплинарной проблемой. Усилия в решении данной проблемы объединяют многие специалисты - диетологи, психотерапевты, эндокринологи, микробиологи, фармацевты, гастроэнтерологи. Однако лечение морбидного ожирения остается приоритетом бариатрических хирургов (Bernstein D., 2010; Lenz M., 2009). В последние 20 лет осуществлено большое количество операций, направленных на снижение веса, но результаты некоторых оперативных вмешательств, через определенный временной интервал, в среднем 5 лет, перестают устраивать пациентов. По литературным данным, в 10-20% происходит повторный набор веса, пик которого приходится на 5 лет (Goldfine A., 2007; Carlin A., 2009; Lenz M., 2009).

Цель работы: улучшение результатов лечения больных с морбидным ожирением за счет дифференцированного выбора метода лечения, определения показаний и обоснования повторных оперативных вмешательств.

Материалы и методы. С 2005 по настоящее время в стационаре проходили бариатрическое лечение 399 больных с ожирением различной степени. Из них 154 мужчин и 245 женщин, в возрасте от 18 до 72 лет. Масса тела пациентов варьировала от 78 до 235 кг. ИМТ составил от 31 до 73 кг/м². Повторные операции осуществлены у 19 больных, что составило 0,5%: у 3 больных было последовательное 2-х кратное баллонирование желудка, через 2 недели после удаления первого баллона. У 12 больных

с ранее установленными бандажами, осуществлены повторные операции: у 4-х больных выполнено удаление бандажа, у 3-х больных осуществлено удаление бандажа, с последующей SLEEVE-1 резекцией желудка, 2-м больным осуществлено гастрощунтирование на отключенной по Ру петле, 3-м больным осуществлена реконструкция бандажирования желудка в SLEEVE-2. У 1 больного после билиопанкреатического шунтирования по Хесс-Марсо осуществлена операция через 2 года: выполнена транспозиция еюно-илеоанастомоза на 20 см ближе к слепой кишке на 80 см. У одной больной осуществлено 3-х этапное лечение – баллонирование желудка, бандажирование желудка, гастрощунтирование. У 2-х больных после SLEEVE-1 резекции желудка осуществлено ушивание расширенной культи желудка. Баллонирование желудка осуществлялось жидкостными баллонами фирмы BIV-Allergan, США, АМИ – Австрия, баллонами с воздушным наполнением – Helioscopie, Франция, GAMED, Россия, МЕДСИЛ, Россия. Бандажирование желудка проводилось бандажами SAGB VC Velociti, Джонсон-и-Джонсон, Швейцария; АМИ – Австрия; Гелиогаст, Helioscopie, Франция; LAP-BAND, Allergan, США).

Результаты и обсуждение. Большинство повторных оперативных вмешательств выполнено в качестве следующего этапа лечения больных с морбидным ожирением, с ИМТ более 50 кг/м², наличием вторичной тяжелой сопутствующей патологии, изначально представляющей высокий анестезиологический риск при выполнении длительных бариатрических операций. Таким пациентам, как правило, вмешательства выполнялись после баллонирования и бандажирования желудка.

Выводы. Таким образом, наш опыт проведения повторных бариатрических операций позволяет наметить некоторые тенденции: 1. В группе больных с бандажированием желудка получено самое большое количество «рецидивов» возврата веса, пик, которого приходится на послеоперационный период - 5 лет, что подразумевает пересмотр показаний к данному виду операций в сторону выполнения Sleeve-1 оперативных рестриктивных вмешательств. 2. Баллонирование желудка в условиях нашей клиники осуществляется, в большинстве случаев, как подготовительный этап к последующему этапу хирургического лечения, в основном у больных с ИМТ выше 50 кг/м², у больных с тяжелой сопутствующей патологией, не позволяющей осуществить сразу оперативное лечение и у пациентов с начальным ожирением 1-2 ст. - для выработки нового пищевого поведения. 3. В группе больных с шунтирующими оперативными вмешательствами отмечен самый низкий процент повторных операций.

11. Оценка эффективности лапароскопических бариатрических операций: продольной резекции желудка, гастрощунтирования, гастропликации

Аскерханов Г.Р.¹, Садыки М.Н.¹, Аскерханов Р.Г.²

¹Махачкала, ²Москва

¹ФБГОУ ВО «Дагестанский государственный медицинский университет», г. Махачкала

²ГБУЗ «Московский клинический научно-практический центр» Департамента здравоохранения Москвы

Актуальность проблемы. Продольная резекция желудка (ПРЖ) и гастрощунтирование (ГШ)-наиболее часто выполняемые бариатрические операции (БО). Гастропликация (ГП)-относительно новая операция, которая еще требует дополнительного изучения. Эффективность БО определяется изменением массы тела, частоты сопутствующих заболеваний и качества жизни (КЖ).

Цель работы. Определить эффективность ПРЖ, ГШ и ГП в сравнительном аспекте.

Материал и методы. В Московском Клиническом Научном Центре им. А.С. Логинова и в медицинском центре им. Р.П. Аскерханова (г. Махачкала) с 2012г. по 2019г. хирургическому лечению по поводу ожирения было подвергнуто 639 больных. ПРЖ выполнена 293 (45,9%) пациентам, ЛГШ-164 (25,7%), ГП-46(7,2%). Критерии включения

пациентов в исследование: 1. Морбидное ожирение с индексом массы тела (ИМТ) $\geq 40 \text{ кг/м}^2$; 2. Ожирение II ст. (ИМТ $\geq 35 \text{ кг/м}^2$) при наличии хотя бы одного сопутствующего заболевания. Критерии исключения: беременность, лактация, алкоголизм, наркомания, декомпенсация сердечно-легочных заболеваний, психические заболевания, возраст < 18 лет, отказ пациента от участия в исследовании. В первую группу были включены 87 пациентов, перенесших ПРЖ. Средний возраст $44,1 \pm 10,9$ лет (от 24 до 75), средний ИМТ до операции $42,8 \pm 6,6 \text{ кг/м}^2$ ($35,0-63,3 \text{ кг/м}^2$). Вторая группа после ГШ-74 пациента, средний возраст $42,8 \pm 9,7$ лет (от 26 до 65), средний ИМТ до операции $49,9 \pm 8,7 \text{ кг/м}^2$ (от $35,1$ до $68,8 \text{ кг/м}^2$). Третья группа после ГП – 35 пациентов, средний возраст $40,1 \pm 10,8$ лет (от 26 до 65), средний ИМТ до операции $38,3 \pm 7,7 \text{ кг/м}^2$ (от $35,0$ до $44,1 \text{ кг/м}^2$). Все операции выполняли лапароскопически. ГШ выполняли в модификации по Ру. Для оценки динамики массы тела использовали показатели - ИМТ, процент потери избыточной массы тела (%EWL). Частоту сопутствующих заболеваний исследовали в %. КЖ оценивали до операции, через 12 и 24 месяца после операции методом анкетирования с применением опросника SF-36.

Результаты и обсуждение. Динамика массы тела. Во всех трех группах средний ИМТ через 12 и 24 мес. после операции ниже исходного ($p < 0,05$). При этом максимальная потеря веса наблюдалась в группе ГШ на 2 году после операции (%EWL = 74,8%). Потеря веса через 24 мес. после ПРЖ составила 67,9%. Стоит отметить, что исходный ИМТ в группе ГШ выше ИМТ в остальных группах. После ГП потеря веса была наименьшей (%EWL = 47,2%). Примечательно, что у пациентов с ожирением II степени потеря избыточного веса после ПРЖ и ГШ была сопоставима и не имела достоверных различий. Частота сопутствующей патологии. Частота сопутствующих заболеваний снизилась после операции во всех группах ($p < 0,05$). Максимальное снижение наблюдалось в группе ГШ (81,5% до операции, 31,6% через 2 года, в том числе СД2 типа – до - 47,3%, через 24 мес-19,4%). В группе ПРЖ частота коморбидной патологии 72,5% до, 35,4% после операции, при этом частота СД 2 типа снизилась с 37,2% до 15,5%. После ГП частота сопутствующих заболеваний снизилась с 66,8 до 38,7%, частота СД 2 с 27,6 до 15,7%. Качество жизни. После БО КЖ достоверно выше исходного уровня во всех группах исследования. Максимальный уровень КЖ после ПРЖ и ГШ наблюдается через 24 мес, после ГП – через 12 мес. По опроснику SF-36 физический компонент КЖ через 12 мес после ПРЖ – 44,61, через 24 мес-49,86, исходный уровень – 37,35; психологический компонент здоровья исходный – 38,34, через 1 год – 41,24, через 2 года – 43,82. При этом максимальный прогресс отмечается по шкалам физического функционирования, социального функционирования и жизненной активности. Исходный уровень физического компонента до ГШ составлял 34,16, через 1 год – 49,07, через 2 года – 52,67. Прогресс психологического компонента здоровья отмечается на втором году после ГШ: исходный уровень – 37,1, через 12 мес – 36,42, через 24 мес – 47,09 ($p < 0,01$). По шкалам физического функционирования, шкале боли и ролевого физического функционирования на первом году появились статистически достоверные различия по сравнению с дооперационным уровнем ($p < 0,01$). КЖ по шкалам психологического состояния, ролевого эмоционального функционирования, социального функционирования статистически достоверно улучшилось за период с 12 до 24 мес после операции. Уровень КЖ после ГП уступал ГШ и ПРЖ. Наиболее значимое улучшение наблюдалось по шкале физического функционирования.

Выводы: 1. Продольная резекция желудка, гастрощунтирование, гастропликация являются эффективными хирургическими методами борьбы с ожирением, в том числе и морбидным. 2. Для снижения веса наиболее эффективно ГШ, менее эффективна ПРЖ и еще менее – ЛГП. 3. Как физический, так и психологический компоненты качества жизни пациентов после ПРЖ, ГШ и ГП достоверно выше, чем до операции. 4. Регресс сопутствующих заболеваний наиболее выражен после ГШ, менее выражен после ПРЖ и ЛГП. 5. Между полом, возрастом, частотой сопутствующей патологии и КЖ пациентов после ПРЖ и ГШ статистически значимой связи не обнаружено. 6. При ожирении II

степени эффективности ПРЖ и ГШ сопоставима, при морбидном ожирении ГШ более эффективно.

12. Повторные бариатрические вмешательства

Хатьков И.Е.^{1,2}, Аскерханов Р.Г.^{1,2}, Петрова А.Л.^{1,2}, Фейдоров И.Ю.^{1,2}, Малкина Н.А.²

Москва

¹ГБОУ ВПО (ФГБОУ ВО) Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова Минздрава России

²ГБУЗ Московский Клинический Научно-практический Центр им. А.С. Логинова Департамента здравоохранения г. Москвы

Актуальность. Ежегодно в мире проводится более 600 000 бариатрических операций. В России с каждым годом возрастает количество проведенных операций. Растет и количество центров, выполняющих бариатрические вмешательства. Большое количество операций все еще составляет регулируемое бандажирование желудка. В сложившихся условиях актуальной становится тема повторных вмешательств.

Цель исследования. Представить опыт выполненных повторных бариатрических операций в условиях одного центра.

Материалы и методы. В период с 2012 по 2019 год в МКНЦ было выполнено более 700 первичных бариатрических вмешательств. Лапароскопическая продольная резекция желудка (ЛПРЖ) выполнена в 420 случаях (60%), лапароскопическое регулируемое бандажирование желудка (ЛРБЖ) в 86 случаях (12,2%), гастрощунтирование на отключенной по Ру петле (ГШ) 145 случаев (21%), 20 пациентам была выполнена гастропликация (2.7%), Билиопанкреатическое шунтирование- 16(2.8%). Соотношение мужчин и женщин составило 24% и 76% соответственно. Показаниями к повторной операции после ЛПРЖ, ЛРБЖ являлись повторный набор веса. После ЛРБЖ-нагноение бандажной системы, непереносимость, эрозия бандажного кольца. Повторные бариатрические вмешательства потребовались 52 пациентам, что составило 7.4%. Пациенты были разделены на 3 группы. Группа 1: ЛПРЖ после ЛРБЖ составила 21 пациентам (40%), группа 2 – ГШ после ЛРБЖ- 23 случаев (45%), группа 3- ГШ после ЛПРЖ- 8 случаев (15%). Группы были сопоставимы по полу, возрасту, ИМТ и времени после первичной операции. Средний возраст пациентов в группе 1:36±4.2 лет, распределение по полу 2 мужчин (12.5%), 14 женщин (87.5%), средний вес составил 103±21 кг, средний ИМТ 38±3 кг/м², время между операциями составило 5,54±3,5 лет. Средний возраст пациентов во 2 группе: 40±9.2 лет, распределение по полу 6 мужчин (33%), 12 женщин (67%), средний вес составил 125±12 кг, средний ИМТ 41±4 кг/м², время между операциями составило 7±5.3 лет. Средний возраст пациентов в 3 группе 34±3.6 лет, распределение по полу 2 мужчин (25%), 6 женщин (75%), средний вес составил 107±6 кг, средний ИМТ 36±4 кг/м², время между операциями составило 6.3±3.6 лет.

Результаты. Среднее время операции в Г1 составило 176±24 мин, в Г2 160±64 мин, в Г3 136±42 мин. Количество послеоперационных осложнений по Clavien-Dindo степень II составило 0%, степень 1 – 10%. Длительность послеоперационного койко-дня во всех трех группах идентична и составила 4.6±1. При сличении результатов наблюдения через 12 месяцев средняя потеря избыточной массы тела (EWL) в Г1-15%, в Г2-23%, в Г3-25%. Средний ИМТ после операции составил в Г1-32±3.6 кг, в Г2-31.6±2.6 кг, в Г3-28±3.4 кг. Смертность составила 0%.

Выводы: повторные бариатрические операции являются безопасным методом лечения пациентов с ожирением после первичных операции, наиболее эффективной ревизионной операцией в нашем опыте является лапароскопическое гастрощунтирование на отключенной по РУ петле для объективизации показателей требуется более длительный период наблюдения и большая группа.

СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТАЯ ХИРУРГИЯ, ВОПРОСЫ ФЛЕБОЛОГИИ

1. О выборе технологии анестезиологического сопровождения реконструктивных хирургических вмешательств на артериях нижних конечностей при их критической ишемии

Сухов В.К.^{1,2}, Шломин В.В.^{1,2}, Мовчан К.Н.^{1,3}, Артюшин Б.С.^{2,3}, Шлойдо Е.А.²,
Жарков А.В.³

Санкт-Петербург

¹ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет имени И.И. Мечникова»

²СПб ГБУЗ «Городская многопрофильная больница №2»

³СПб ГБУЗ «Медицинский информационно-аналитический центр»

Актуальность. Одним из наиболее жизнеугрожающих осложнений атеросклеротического поражения сосудов нижних конечностей (НК) является их критическая ишемия (КИ). Терминальные стадии течения облитерирующих заболеваний артерий ног констатируются преимущественно у пациентов пожилого и старческого возраста с выраженной коморбидностью. Последнее обстоятельство нередко обуславливает трудности в выборе как объема и технологии хирургического вмешательства (ХВ), так и адекватного анестезиологического пособия. При КИНК на периферических артериях наряду с открытыми («традиционными») ХВ осуществляются миниинвазивные (эндоваскулярные) и т.н. «гибридные» сосудистые реконструкции, что способствует снижению рисков возникновения системных осложнений во время ХВ и в послеоперационном периоде. В этих случаях при выборе метода анестезиологического сопровождения допускается отказ от стереотипных подходов. Поэтому изучение результатов лечения больных КИНК с учетом особенностей выбора и осуществления анестезиологического пособия представляется актуальным. Цель исследования: оценить результаты оказания медицинской помощи (МП) больным КИНК с учетом видов анестезиологических пособий и степени их риска.

Материалы и методы. Изучены результаты лечения 383 пациентов (296 мужчин), госпитализированных с 2013 по 2015 гг. в СПб ГБУЗ «Городская многопрофильная больница №2» по поводу КИНК. Обработка материалов осуществлялась посредством пакета прикладных программ «Statistica», «Microsoft Excel». Оценка риска общей анестезии осуществляли в соответствии с классификацией Американского общества анестезиологов (american society of anesthesiologists – ASA). Результаты и обсуждение. На основании данных предоперационного обследования пациенты с учетом прогноза степени риска общей анестезии (по ASA) распределены на 4 группы: 18 чел. отнесены в группу с незначительной системной патологией без нарушения функций (II класс по ASA). Численность контингента больных с системной патологией и с нарушениями функций (III класс по ASA) оказалась самой высокой – 251 чел. В 73 случаях оперированные пациенты отнесены к группе больных с тяжелой патологией, угрожающей жизни и обуславливающей явную несостоятельность функций (IV класс степени риска общей анестезии ASA). У 30 пациентов целенаправленная градация степени риска ХВ не осуществлялась. Выбор вида анестезиологического пособия происходил с учетом распространенности атеросклеротического поражения сосудистого русла, объема планируемого ХВ, а также степени риска общей анестезии. Эндоваскулярные ХВ на сосудистом русле выполнялись исключительно под местной анестезией (51 наблюдение). Распределение случаев по степени риска общей анестезии (по ASA) от II до IV класса при этом составило 8, 12 и 3 соответственно. Количество хирургических вмешательств, выполненных под эпидуральной, сочетанной и спинномозговой анестезией традиционно соответственно составило 158, 22 и 10. Общая

анестезия при открыто выполняемых сосудистых реконструкциях осуществлялась в 116 наблюдениях. Риск анестезии в большинстве (226) случаев открыто выполняемых хирургических вмешательств коррелировал с III классом по ASA. Случаи II и IV классов распределились соответственно, как 13 и 67 наблюдений. Гибридные ХВ осуществлялись под эпидуральной, общей и местной анестезией в 12, 3 и 1 наблюдениях соответственно (при этом в 9 случаях констатирован III класс риска общей анестезии по ASA, в трех – IV, в одном – II). Положительные результаты открытой, эндоваскулярной и гибридной реваскуляризации артерий НК отмечены в 188, 45 и 12 случаях соответственно. Осложнения открытых и эндоваскулярных вмешательств в раннем послеоперационном периоде констатировались в 20% наблюдений, при гибридных – в 10%. Чаще всего (26 случаев) проведение повторного ХВ обуславливалось осложнениями в зоне сосудистой реконструкции: тромбоз констатирован в 23 наблюдениях, кровотечение из области ХВ – в 3 случаях. Неадекватная перфузия в тканях НК при проходимом сегменте реконструкции отмечена у 18 пациентов. Сохранить НК удалось 55 пациентам. В 15 наблюдениях попытки устранения послеоперационных осложнений оказались безуспешными, и больным выполнена ампутация НК на уровне бедра – 10 чел. и голени – 5 чел. Системные осложнения при хирургическом лечении больных КИНК отмечены в 10 наблюдениях при проведении открытых сосудистых реконструкций и в 6 случаях – при эндоваскулярных манипуляциях. Среди них 7 наблюдений оказались представлены острым коронарным синдромом, а 2 эпизода – тромбозом легочной артерии. Летальных исходов ни в одной из анализируемых групп пациентов не отмечено.

Вывод. Целенаправленная оценка риска общей анестезии и, как результат – адекватный выбор анестезиологического пособия оптимального типа позволяют при оказании МП больным КИНК минимизировать частоту системных осложнений, обусловленных общим состоянием пациентов.

2. Оценка результатов эндовенозной лазерной коагуляции в лечении больных с варикозной болезнью и тяжелой хронической венозной недостаточностью

Савинов И.С.², Бутырский А.Г.¹, Савинов С.Г.², Калачев Е.В.², Расулов Н.А.¹
Симферополь

¹Медицинская академия имени С.И. Георгиевского ФГАОУ ВО «Крымский федеральный университет имени В.И. Вернадского»

²ООО «Центр флебологии доктора Савинова»

Цель: изучить эффективность эндовенозной лазерной коагуляции (ЭВЛК) в лечении тяжелых форм варикозной болезни (ВБ).

Материалы и методы: проведено проспективное сравнительное исследование, в которое было включено 112 больных с ВБ клинических классов С4-С6 по CEAP, разделенных на 3 группы: группа I (С4) – 74 человека, II (С5) – 22 человека, III (С6) – 30 человек. Площадь ТЯ у больных с классом С6 варьировала от 2 до 91 см². Всем больным была выполнена ЭВЛК + минифлебэктомия (МФЭ) + резекция несостоятельных перфорантов (РНП), у больных с диаметром СФС более 20 мм она была дополнена кроссэктомией. Для выполнения ЭВЛК нами применялся лазерный диодный аппарат Лахта-Милон (Россия) с длиной волны 1470 мкм и радиальный световод Biolitec ELVeS Radial 2 Ring Fiber™ (Германия). Линейная плотность энергии (LEED) составляла 80-140 Дж/см. Отдаленные результаты лечения ВБ были оценены через 2, 6 и 12 месяца с учетом послеоперационных осложнений. Качество жизни (КЖ) больных пациентов оценивалось по шкале CIVIQ 20, тяжесть течения ВБ - по шкале VCSS. Статистическая обработка данных проведена с использованием методов вариационной статистики.

Результаты. Высокие результаты достигнуты у пациентов группы С6: в этой группе не просто меняется локальный статус, а изменяется степень ХВН. Это меняет статус трудоспособности, группу инвалидности, частоту посещения врача поликлиники.

На контрольном осмотре через 2 месяца ТЯ у обследованных больных класса Сб закрылись в 84% случаев в срок $27,8 \pm 6,0$ дней после операции. У остальных пациентов ТЯ полностью не закрылись ввиду обширности, однако на момент осмотра они находились в состоянии эпителизации с положительной динамикой. За 6-12 месяцев достигли стопроцентной заживляемости ТЯ; срок заживления составил $37,4 \pm 5,6$ дней. При анализе реканализаций отмечено, что в первые 2 месяца мониторинга было 2 случая реканализации в приустьевом отделе. Ствол в обоих случаях был полностью облитерирован, дистальнее патологический рефлюкс не регистрировался (гемодинамически не значимые рецидивы). В обоих случаях было выполнено повторное миниинвазивное вмешательство в зоне реканализации. На контрольных УЗИ через 60 дней была достигнута облитерация в обоих случаях, данных за реканализацию и/или клинический рецидив после повторного вмешательства не выявлено. Также необходимо осветить вопрос об исходах ЭВЛК в комплексном лечении подкожных вен крупного диаметра (10 мм и более в области сафенофemorального соустья (СФС)). Хотим отметить, что при предложенном нами объеме операции и параметрах ЭВЛК реканализация в первые 2 месяца наблюдения отмечен только у 2 больных, при этом клинический рецидив не наблюдался. Считаем, что наши данные опровергают персистирующую точку зрения о том, что ЭВЛК не эффективна для лечения варикозных вен большого диаметра. При реализации принятой нами тактики через 6-12 месяцев достигнуты следующие результаты: всего было отмечено 6 реканализаций, при этом в 2 случаях наблюдалась только начальная реканализация в области соустья у пациентов протяженностью 5-7 см без клинического рецидива. В 4 случаях была выявлена реканализация практически на всём протяжении, с наличием патологического рефлюкса, в 1 случае было выявлено варикозное расширение вен. Во всех случаях было выполнено повторное миниинвазивное вмешательство в зоне реканализации. На контрольных УЗИ в срок до 60 дней после повторной операции была достигнута облитерация в обоих случаях, данных за реканализацию и/или клинический рецидив не выявлено. До оперативной коррекции флебогемодинамики показатели КЖ пациентов и степени тяжести варикоз-ассоциированной ХВН были следующими: группа I – $52,0 \pm 2,0$ (CIVIQ 20) и $12,3 \pm 0,5$ (VCSS), группа II - $49,0 \pm 2,5$ и $13,6 \pm 0,4$, группа III - $59,1 \pm 2,7$ и $20,0 \pm 0,8$ (разница между группами I, II и III достоверна ($p < 0,05$)). Между группами I и II достоверной разницы в показателях КЖ нет. Показатели качества жизни пациентов и тяжести варикоз-ассоциированной ХВН через 12 месяцев после оперативной коррекции флебогемодинамики: группа I – $27,9 \pm 1,3$ и $4,6 \pm 0,4$, группа II – $25,1 \pm 1,6$ и $7,9 \pm 0,6$, группа III - $33,3 \pm 3,6$ и $8,3 \pm 0,9$ (разница с соответствующими предоперационными данными во всех группах достоверна ($p < 0,05$)).

Выводы. При ВБ клинических классов С4-С6 и размере СФС до 20 мм включительно целесообразно проводить ЭВЛК без кроссэктомии, при размере СФС свыше 20 мм следует комбинировать ЭВЛК с кроссэктомией. Выполнение ЭВЛК положительно сказывается на заживлении ТЯ, приводя к их заживлению в 84% случаев в ближайшие 2 месяца после миниинвазивной коррекции флебогемодинамики и в 100% через 12 месяцев. Частота реканализаций составляет 5,1%; после выполнения повторного миниинвазивного вмешательства в зоне реканализации достигается полная облитерация во всех случаях. Через 12 месяцев у пациентов отмечается значительное улучшение качества жизни и снижение степени ХВН при исходных клинических классах ВБ НК С4-С6 по СЕАР.

3. Анализ результатов бедренно-подколенных шунтирований ниже щели коленного сустава

Касьянов Б.В.

Орёл

ФГБОУ ВО «ОГУ имени И.С. Тургенева»

Актуальность проблемы. Сохранность бедренно-подколенных шунтов при операциях выше щели коленного не сильно зависит от вида пластического материала (аутовена или синтетический протез). Через 4-5 лет функционируют 36% - 78% шунтов, при этом избежать ампутации конечности удается в 70- 91% [Барабаш Л.С. 2012, Pereira С.Е. 2006]. Большую проблему составляет сохранность таких шунтов ниже при наложении дистального анастомоза ниже щели коленного сустава. Через 5 лет функционируют от 12% до 55% шунтов, сохранить конечность удается только у 33-55% пациентов [Bradbury A.W. 2010, Conte M.S. 2010]. Ежегодно в развитых странах мира по поводу сосудистой патологии выполняют от 1,2 до 22,0 ампутаций на 100 тыс. населения [Bradbury A.W. 2010].

Цель работы. анализ результатов бедренно-подколенного шунтирования в отделении сосудистой хирургии Орловской областной клинической больницы. Материалы и методы исследования. Ретроспективно проанализированы результаты хирургического лечения 65 больных, которым было проведено бедренно-подколенное шунтирование ниже щели коленного сустава на базе отделения сосудистой хирургии БУЗ «Орловская областная клиническая больница» с 2015 по 2018гг. Возраст больных, колебался в пределах от 50 до 80 лет, средний возраст составил $67 \pm 8,5$, количество мужчин-59(90,7%), женщин-6(9,3%). Пациенты находились под наблюдением в послеоперационном периоде от 1 до 3 лет.

Результаты и обсуждение. Больные были разделены на 3 группы. В первую группу вошли 47 пациентов (72,3%), у которых в качестве бедренно-подколенного шунта была применена аутовена, во вторую с ПТФЭ протезом Distaflo - 11 пациентов (16,9%), а в третью - 7 пациентов (10,8%) с комбинированными протезами. В раннем послеоперационном периоде (до 6 суток) 8 пациентам проводилась тромбэктомия из зоны анастомоза (1гр. – 2 пациента (4,2%), 2гр.-4 пациента (36,4%), 3 гр. – 2 пациента (28,6%)), в 1 случае у пациента с комбинированным шунтом возникла необходимость в ревизии по поводу послеоперационной гематомы. В позднем послеоперационном периоде (после 6 суток) 4 пациентам была выполнена ампутация на уровне в/3 голени (из них 1гр. – 1 пациент (2,1%), 2 гр. – 3 пациента (27,3%)). В первой группе общий койко-день составил в среднем $15 \pm 4,2$, во второй - $16,3 \pm 5,6$ и в третьей $15,8 \pm 3,3$.

Выводы. Выбор вида шунта не оказал особого влияния на общий койко-день. Частота тромбоза аутовенозных шунтов оказалась наименьшей (4,2%). Следом идут пациенты с тромбозом комбинированных шунтов (28,6%). У пациентов с ПТФЭ протезами Distaflo тромбозы зоны БПШ возникали наиболее часто в раннем послеоперационном периоде (36,4%) и таким пациентам чаще выполнялась ампутация в позднем послеоперационном периоде (27,3%). Таким образом аутовена является наиболее предпочтительным материалом для бедренно-подколенных шунтирований ниже щели коленного сустава.

4. Двойное укрепление шейки аневризматического мешка аорты

Асланов А.Д., Логвина О.Е., Батов А.З., Куготов А.Х., Эдигов А.Т., Карданова Л.Ю.,
Хашев А.Ч.
Нальчик

ГБУЗ Республиканская клиническая больница Кабардино-Балкарской республики

Цель исследования: улучшение качества наложения проксимального анастомоза при протезировании аорты после резекции аневризмы.

Материалы и методы: с 2011 по 2016 год, на базе кафедры «Госпитальной хирургии» в отделении хирургии сосудов РКБ г. Нальчика, оперировано по разработанной методике двойного укрепления короткой шейки аневризматического мешка 202 больных с аневризмой брюшной аорты, поступивших в плановом порядке – 116, в экстренном порядке -86, при этом мужчин было 183, женщин – 19. Больные были обследованы тщательно. Выполнен весь стандарт обследования больных. Из

специальных методов исследования производилась КТ-ангиография в 3-х мерной реконструкции. Операцией выбора являлась резекция аневризмы с двойным укреплением аневризматического мешка аорты. На данную разработку в лечении аневризмы брюшной аорты был получен патент RU 2556607. Суть данной методики заключается в следующем: выполняют полное пересечение аорты на уровне предполагаемого анастомоза. Осуществляют мобилизацию аорты от окружающих тканей на протяжении формирования анастомоза. Из гофрированного бифуркационного сосудистого протеза срезают часть протеза длиной до 1,5-2 см. После чего укладывают его на $\frac{1}{2}$ в просвет аорты по типу прокладки. Затем производят формирование анастомоза протеза с укрепленной прокладкой из протеза и шейкой аневризматического мешка обвивным сосудистым швом. Далее такой же участок протеза длиной 3 см надевают на протез в виде муфты, укрывают линию анастомоза. Способ позволяет надежно укрепить шейку аневризматического мешка, обеспечить герметичность анастомоза и соответственно уменьшить интраоперационную кровопотерю за счет использования при укреплении частей протеза. Все больные после операции переводились в отделение реанимации. В операционном и ближайшем послеоперационном периодах среди больных, поступивших в экстренном порядке, умерли - 42 с разрывом аневризмы аорты, среди плановых – 20 скончались от сочетанной тяжелой сопутствующей патологии. Все остальные больные на 2-3 е сутки были активизированы, а в последующем выписаны в удовлетворительном состоянии. Пятилетняя выживаемость после операций по поводу плановых, срочных и разрывов АБА составляет 92, 80, 54% соответственно. Причиной смерти являлась сопутствующая патология. Причем основное влияние на отдаленную выживаемость оказывала невыявленная или нелеченная ИБС 44,4 % и цереброваскулярная патология 8,3%. Летальность связанное с данным оперативным вмешательством не было зарегистрировано за данный период времени.

Выводы. При аневризме аорты имеется поражение аорты на всем протяжении, в том числе и в области шейки, что определяет технические трудности при формировании проксимального анастомоза и нуждается в более надежном укреплении. Использование вкладки из протеза обеспечивает хороший визуальный контроль при наложении сосудистого шва и устраняет технические сложности при формировании анастомоза. Формирование анастомоза бифуркационного протеза с укрепленной прокладкой из протеза или ободком с шейкой аневризматического мешка обвивным сосудистым швом, с укреплением линии анастомоза по всей окружности полоской сосудистого протеза с одномоментным захватом всех слоев, обуславливают создание крепкого, герметичного анастомоза аорты и протеза, при котором не требуется дополнительное наложение швов.

5. Лечение больных с сочетанными сосудисто-костными повреждениями

Асланов А.Д., Куготов А.Г., Логвина О.Е., Куготов А.Х., Эдигов А.Т., Карданова Л.Ю.
Нальчик

ГБУЗ Республиканская клиническая больница Кабардино-Балкарской республики

Материал и методы. Проведён анализ результатов лечения 1430 пострадавших с повреждениями конечностей. Из них (65,9%) оперированы в республиканской клинической больнице (РКБ) г.Нальчика. Возраст пострадавших от 13 до 67 лет. Выделяли сочетано-изолированные (46,0%) и сочетано-множественные (54,0%) повреждения конечностей. Состояние раненых сопровождалось шоком различной степени. Большинство находились в состоянии шока II и III ст. (81,9%). При решении вопроса о хирургическом лечении оценивали состояние больного по шкале ISS и APACHE-II. При состоянии больного не превышающим 25 баллов проводили малоинвазивный остеосинтез и сосудистую реконструкцию. Если тяжесть состояния соответствовала III категории тяжести (от 26 до 40 баллов по шкале ISS), то для остеосинтеза использовали АНФ, а сосудистую реконструкцию откладывали до

стабилизации состояния больного. При тяжести травмы IV категории (41-75 баллов по шкале ISS) все хирургические вмешательства выполняли только по абсолютному показанию – кровотечение. Ампутации конечностей выполнено 22 (16,7%) пострадавшим. При переломе конечности с повреждением сосудисто-нервного пучка последовательность выполнения этапов операции была следующая: остеосинтез, реконструкция магистральной вены, магистральной артерии, нервного ствола. Основные критерии для реконструкции сосудов: АД более 90-100 мм рт. ст., ЧСС менее 100 в мин., экскреция мочи более 30 мл/час., ЦВД – 80-120 мм вд. ст. Что касается лечения костных повреждений, то переломы лучше оперировать немедленно, до возникновения первичного отека. Быстрая фиксация перелома до выполнения сосудистого шва обеспечивала защиту сосудистой реконструкции. В этих случаях метод остеосинтеза менее важен, чем время, необходимое на его выполнение. В остром периоде травматической болезни использовали интрамедуллярный остеосинтез, внеочаговый остеосинтез (АНФ). Внеочаговый остеосинтез применен у 46 (38,1%) пострадавших. Во всех случаях лечебным и реанимационным мероприятиям предшествовала временная остановка кровотечения самыми простыми хирургическими приемами. Если попытки временной остановки кровотечения были неэффективны, операцию начинали без промедления, а реанимационные мероприятия (прежде всего массивную гемотрансфузию) проводили одновременно с операцией, и, в случае необходимости, после её завершения. Реконструктивные операции на сосудах конечностей выполнены у 105 (79,5 %) пострадавших с сосудисто-костными повреждениями.

Результаты и обсуждение. Из 132 исследуемых пострадавших умерло 17 (12,9%) больных. Основными причинами летальных исходов были: отек с дислокацией ГМ (29,4%), пневмония и сепсис (35,3%). Поверхностные нагноения были пролечены консервативными способами. Из 9 больных с глубокими нагноениями у 4 (3,5 %) инфекция охватила место наложения анастомоза несмотря на то, что все анастомозы после сосудистого этапа операции были укрыты фасциальными тканями. Все 4 пострадавших имели аррозийные кровотечения. В связи с этим они были повторно оперированы по экстренным показаниям. Во время операции в 3-х случаях была частичная несостоятельность анастомоза, а у одного полное гнойное расплавление его. У первых троих больных было выполнено повторное аутовенозное протезирование артерий, а у последнего выполнено аутовенозное экстраанатомическое шунтирование в обход гнойной раны. Таким образом, в результате лечения пострадавших с сочетанной сосудисто-костной травмой удалось спасти жизнь 87,1 % пациентов. Среди выживших больных значительному большинству (92,2 %) удалось сохранить конечности. При этом полное восстановление функции конечности получили у 57,4 % пациентов. Остальным больным с различными остаточными нарушениям функции (укорочение, парез, субкомпенсация кровообращения) требовалась в отдаленном периоде дополнительная хирургическая коррекция.

Выводы. Диагностика на догоспитальном этапе у пострадавших с сочетанными сосудисто-костными повреждениями должна была быть направлена на выявление, прежде всего, жизнеугрожающих последствий травмы, которые могут привести к ухудшению состояния пострадавшего или гибели его в период транспортировки, то есть иметь синдромный характер. Остановка кровотечения является составной частью противошоковых мероприятий на всех этапах оказания помощи пострадавшим с сочетанной сосудисто-костной травмой. Реанимационные мероприятия по выведению пациента из шока должны начинаться сразу при поступлении больного в стационар и продолжаться даже по ходу операции. Выполнение же реконструктивной операции на сосудах при травме, сопровождающейся шоком III-IV степени, допустимо лишь после стабилизации гемодинамики и восполнения кровопотери. Операцией выбора для стабильной фиксации отломков в остром периоде травматической болезни у пострадавших с сочетанной сосудисто-костной травмой является наложение аппарата наружной фиксации с последующей сосудистой реконструкцией.

6. Реконструктивные операции при хронической ишемии головного мозга

Асланов А.Д., Куготов А.Г., Логвина О.Е., Куготов А.Х., Эдигов А.Т., Хашев А.Т.
Нальчик

ГБУЗ Республиканская клиническая больница Кабардино-Балкарской республики

Цель исследования: определить тактику лечения больных с поражением брахиоцефального бассейна.

Материалы и методы: в исследование вошли 446 пациентов с атеросклеротическим поражением сонных артерий, которым выполнены реконструктивные операции в отделении сердечно-сосудистой хирургии Республиканской клинической больницы г. Нальчика с 2010-2018гг. 345 пациентов было оперировано по поводу окклюзии внутренней сонной артерии (ВСА), 101 пациент по поводу изъязвленной бляшки общей сонной артерии (ОСА). 394 пациента поступили в отделение с клиникой ишемии головного мозга, перенесли в анамнезе острое или преходящее нарушение мозгового кровообращения (ПНМК) или малый инсульт. У 52 пациентов отмечался стеноз менее 70% при нестабильной бляшке с симптомным поражением сонных артерий. Для определения показаний к операции выполнялось триплексное сканирование, транскраниальная доплерография и мониторирование кровотока в средней мозговой артерии, компьютерная томография с контрастированием или магнитно-резонансная томография. Основным методом обследования больных с ишемией головного мозга является дуплексное исследование, при котором уделялось особое внимание структуре образований в ампуле ВСА и ОСА, диаметру ампулы ВСА, состоянию наружной сонной артерии (НСА), пиковой систолической скорости кровотока. При этом выявили, что у 345 больных имеется окклюдированная бляшка в ампуле ВСА и у 98 - определялась изъязвленная бляшка в ампуле ОСА. Также, у 54 пациентов скорость кровотока при стенозе ВСА на 50-69% составляла более 150 см/с, у 294 со степенью стеноза 70% составляла свыше 230 см/с и у 101 больных со степенью стеноза более 90% отмечалось падение скорости кровотока или кровотоков не регистрировался. Все вышеперечисленные результаты обследования являлись показаниями для хирургического лечения. На операции у больных с окклюзией ВСА выполнялась эндартерэктомия из ВСА с тромбэктомией из дистальных отделов ВСА с наложением сосудистого шва. Во время открытой эндартерэктомии у 5 пациентов был использован временный шунт, который был установлен во время операции в ВСА. У больных с изъязвленной бляшкой ОСА, выполнено эндартерэктомия, с аутовенозной пластики ОСА. При УЗДГ контроле во время операции и послеоперационном периоде кровотоков по ВСА сохранялся, за исключением 4 больных с полной односторонней окклюзией ВСА.

Результаты: непосредственно после операции у 86% пациентов отмечалось купирование симптомов сосудисто-мозговой недостаточности, у всех больных было выявлено улучшение гемодинамических показателей ($p < 0,01$). В послеоперационном периоде осложнения развились у 4 больных: 1 нелетальный инсульт, 3 с парезом черепно-мозговых нервов (умеренное провисание угла рта и отклонение языка в сторону операции), с регрессом на фоне лечения. Летальных исходов не зарегистрировано.

Выводы: при наличии окклюдированной атеросклеротической бляшки в ампуле ВСА можно восстановить кровотоков по ВСА у больных перенесших ишемический эпизод в анамнезе. Стеноз ВСА менее 70% при нестабильной бляшке и симптомным поражением сонных артерий подлежат оперативному лечению. Пиковая систолическая скорость кровотока, также является важным показателем при выборе тактики лечения больных с поражением брахиоцефального бассейна. Эндартерэктомия из артерий брахиоцефального бассейна является профилактической мерой ишемических атак головного мозга.

7. Хирургическое лечение патологической извитости внутренней сонной артерии

Асланов А.Д., Логвина О.Е., Тлупова Л.М., Батов А.З., Куготов А.Х., Эдигов А.Т.,
Карданова Л.Ю., Хашев А.Ч.

Нальчик

ГБУЗ Республиканская клиническая больница Кабардино-Балкарской республики

Цель исследования: улучшение тактики хирургического лечения пациентов с патологической извитостью внутренней сонной артерии.

Материалы и методы: В исследование вошли 414 пациентов с патологической извитостью внутренней сонной артерии, которым выполнено 420 реконструктивных операций (резекция с редрессацией внутренней сонной артерии (ВСА) и реимплантацией в старое или новое устье) в отделении хирургии сосудов Республиканской клинической больницы г. Нальчика с 2010-2018гг. Данные методы реконструкции удавались выполнить при перегибе, С-, и S-образной извитости, даже при патологической извитости по типу койлинг. Положительный клинический эффект достигнут у 98% больных. Для определения показаний к операции выполнялось триплексное сканирование, транскраниальная доплерография и мониторинг кровотока в средней мозговой артерии, компьютерная томография с контрастированием или магнитно-резонансная томография. Показания к операции определялись в зависимости от степени сосудисто-мозговой недостаточности, гемодинамической значимости патологической извитости. Большое значение при выборе тактики лечения также является линейная скорость кровотока (ЛСК). Так, основываясь на данных А.В. Покровского, турбулентность кровотока и отношение линейной скорости кровотока (ЛСК) проксимальнее извитости к ЛСК на уровне деформации, равное 2,5 и более, при значении ЛСК на высоте деформации не менее 150 см/с, являлись показаниями для хирургического лечения. У 49 пациентов скорость кровотока на высоте деформации составляла более 150 см/с, у 260 больных свыше 230 см/с и у 105 - отмечалось падение скорости кровотока или кровотоков не регистрировался. Операцией выбора была резекция внутренней сонной артерии с редрессацией и реимплантацией в собственное устье. При истончении стенки у устья ВСА, в случае необходимости проведения эндартерэктомии, создавалось новое устье для ВСА на переднелатеральной поверхности ОСА на 2 мм ниже старого устья ВСА. Данная реконструктивная операция обеспечивает прямолинейное прохождение тока крови, снижает вероятность прорезывания швов, а значит и риск развития кровотечений в области наложения сосудистого анастомоза.

Результаты: Непосредственно после операции у 84% пациентов, а в отдаленном периоде у 98% отмечалось купирование симптомов сосудисто-мозговой недостаточности, у всех больных было выявлено улучшение гемодинамических показателей ($p < 0,01$). В послеоперационном периоде осложнения развились у 3 больных: 1 нелетальный инсульт, 2 с парезом черепно-мозговых нервов (умеренное провисание угла рта и отклонение языка в сторону операции), с регрессом на фоне лечения. Летальных исходов и тромбозов реконструированной внутренней сонной артерии не зарегистрировано.

Выводы: Хирургическое лечение патологической деформации внутренней сонной артерии является эффективным методом профилактики мозгового кровообращения и устранения сосудисто-мозговой недостаточности, что подтверждают полученные нами непосредственные и отдаленные результаты операций у пациентов с данным заболеванием. Операцией выбора при патологической деформации внутренней сонной артерии является резекция с редрессацией и реимплантацией внутренней сонной артерии в старое или новое устье при истончении стенки ВСА в случае проведения эндартерэктомии.

8. Новый доступ к бедренным сосудам

Асланов А.Д., Куготов А.Г., Логвина О.Е., Куготов А.Х., Эдигов А.Т., Карданова Л.Ю.
Нальчик

ГБУЗ Республиканская клиническая больница Кабардино-Балкарской республики

Цель – уменьшить травматичность хирургического доступа к бедренным сосудам. Объектом исследования стали 146 больных, находившихся на стационарном лечении в отделении хирургии сосудов РКБ г. Нальчика с 2006- 2012 гг. Все больные были оперированы в отделении хирургии сосудов РКБ г. Нальчика. У всех больных во время операции выполнялся доступ к бедренным сосудам в паховой области. При выполнении доступа к бедренным сосудам имеется общеизвестный доступ Перельмана, характеризующейся пересечением кожи паховой складки с переходом вниз на бедро и вверх на подвздошную область, при этом операция проходит под хорошим визуальным контролем. Для сравнения методов больные были разделены на 2 группы. 1 – группа – больные, которым выполнялся классический доступ Перельмана (n=64). 2 – группа – больные, которым выполнялся разработанный в клинике доступ (n=82). Последний заключается в выполнении полулунного разреза без перехода на паховую складку, парамускулярно с лигированием подкожного слоя, содержащего мелкие лимфопротокты. Результаты исследования. В первой группе из 64 больных, у 12 больных наблюдалось образование келоидного рубца. У 33 больных отмечалась лимфорея, которая увеличила длительность пребывания больных в стационаре на 10-14 койко-дней. Во второй группе из 82 больных у 3 отмечалась умеренная лимфорея. Длительность госпитализации больных 2-ой клинической группы составила 7-9 койко-дней.

Выводы: разработанный доступ к бедренным сосудам является малоинвазивным хирургическим доступом, который можно смело отнести к разделу хирургии малых доступов. При выполнении всех этапов нового доступа, операция проходит под хорошим визуальным контролем и редко осложняется послеоперационной лимфореей.

9. Симультанные операции при операциях на аорте

Асланов А.Д., Куготов А.Г., Логвина О.Е., Куготов А.Х., Эдигов А.Т., Бетуганова
А.Л., Хашев А.Ч.

Нальчик

ГОУ ВПО «Кабардино-Балкарский госуниверситет им. Х.М. Бербекова»
Минобрнауки РФ

Цель исследования. Улучшить результаты при сочетанной хирургической и сосудистой патологии.

Материалы и методы. В отделении хирургии сосудов Республиканской клинической больницы г. Нальчика с 1998 по 2011 г. находилось 147 больных с аневризмами брюшного отдела аорты. Среди поступивших было 139 мужчин и 8 женщины. Возраст больных колебался в пределах 60 – 85 лет. В РКБ 98 (66.6%) больной поступил в плановом порядке. Аневризма аорты выявлена либо при профилактическом осмотре в поликлиниках, либо при УЗИ органов брюшной полости по поводу других заболеваний; а 49 (33.4%) больных доставлены в экстренном порядке, в тяжелом состоянии, с клиникой надрыва или разрыва аневризмы брюшной аорты. У больных, помимо аневризмы абдоминального отдела аорты, выявлены заболевания: 24 (16,3%) больных с паховыми грыжами, 5 (3,4%) больной с язвенной болезнью желудка, 16 (10,9%) больных с желчекаменной болезнью. 4 (2,7%) больных поступили в крайне тяжелом состоянии с клиникой разрыва в свободную брюшную полость, геморрагическим шоком 3 ст., в приемном отделении были проведены противошоковые, реанимационные мероприятия без эффекта. Больные скончались в течение первого часа с момента поступления. Остальные больные были прооперированы по поводу аневризмы абдоминальной аорты. Произведены аорто-аортальное, аорто-бифеморальное и

атипичное бифуркационное подключично-подключично-бифemorальное протезирование. В том числе по поводу сопутствующей хирургической патологии выполнены симультанные операции: 4 больным холецистэктомия, 1 больному резекция желудка по Бильрот-2 в модификации Гофмейстера-Финстерера, 2 больным - грыжесечение по Лихтенштейну. Все оперированные больные 3-е суток находились в реанимационном отделении.

Результаты. Из 143 оперированных больных у 2 больных после операции развился обширный инфаркт миокарда, у 1 больного ТЭЛА, в связи с чем, больные скончались в реанимационном отделении; длительность госпитализации у 95 больных составила 21-23 койко-дня и они были выписаны в удовлетворительном состоянии с соответствующими рекомендациями. Все больные с симультанными операциями были активированы на 3-е сутки, послеоперационный период протекал гладко. Выполнение симультанных операций на длительность пребывания больного в стационаре не повлияло.

Заключение: выполнение симультанных операций - метод выбора для пациентов, имеющих два и более хирургических заболеваний. Последнее обстоятельство объясняется рядом преимуществ по сравнению с этапным хирургическим лечением, поскольку избавляет от: 1) необходимости проведения повторного хирургического вмешательства и связанного с ним риска повторного наркоза; 2) опасности возникновения в раннем послеоперационном периоде обострения сопутствующего хирургического заболевания; 3) высокого риска экстренной операции при возникновении осложнений со стороны неустраненной хирургической патологии.

10. Гемодинамические критерии эмбологенности флотирующей верхушки тромба

Бебуришвили А.Г., Шаталов А.В., Снежко А.И., Рязанова И.И.
Волгоград
ФГБОУ ВО ВолгГМУ Минздрава России

Актуальность проблемы. Венозный тромбоз эмболизм одна из актуальных тем современной медицины. Одним из важнейших аспектов этой проблемы является установление механизмов формирования флотирующих и эмбологенных тромбов в венах.

Цель исследования: улучшение диагностики эмбологенных флотирующих тромбов нижних конечностей, поиск гемодинамического механизма эмбологенности.

Материалы и методы: В исследование включены 10 пациентов с распространённым тромбозом глубоких вен левой нижней конечности и флотирующей верхушкой в общей бедренной и наружной подвздошной венах, которые находились на стационарном обследовании и лечении в клинике факультетской хирургии ВолгГМУ за последние два года. Из них: 8 женщин и 2 мужчин трудоспособного возраста. Средняя длительность тромбоза от начала заболевания до поступления в стационар $6,4 \pm 0,7$ сут. Всем выполнено цветное дуплексное сканирование (ЦДС) в положении лёжа на сканере SonoScare S20Exp. с использованием конвексного датчика 3,5 МГц и линейных датчиков с частотой 5 МГц и 7,5 МГц. У 8 пациентов флотирующий тромб находился в общей бедренной вене, у 2 в наружной подвздошной вене. С помощью ЦДС оценивали структуру потока, направление вращения и скоростные параметры. Все больные оперированы - тромбэктомия с выделением и интраоперационным топографоанатомическим обследованием общей бедренной вены (ОБВ), большой подкожной вены (БПВ), глубокой вены бедра (ГВБ) и наружной подвздошной вены (НарПВ). Результаты и обсуждение. Скорость потока по БПВ при тромбозе бедренной вены (БВ) увеличивается в 5-6 раз. Но в общей бедренной вене при флотирующем тромбе выше впадения БПВ скорость, в связи с уменьшением площади сечения вены (S вены – S тромба), возрастает ещё больше (по закону Бернулли: чем меньше сечение, тем больше

скорость), т.е. чем толще флотирующий тромб (его диаметр), тем больше скорость кровотока вокруг него. Большая скорость способствует вымыванию форменных элементов из него, что приводит к изъеденности контура флотирующей верхушки тромба по данным УЗАС. Вторым важным фактором гемодинамики является скачкообразное изменение кровотока в ОБВ. Третий момент - при длине флотирующей верхушки более 4 см обнаружена по данным УЗАС компрессия её по оси при закрытых клапанах БПВ и ГВБ – симптом «пружины». Большая подвижность флотирующей верхушки наблюдается при соотношении диаметров ОБВ к толщине флотирующего тромба как 3:1 и более. Четвёртый момент, наиболее важный, - впервые при ЦДС выявлена закрутка кровотока вокруг флотирующей верхушки тромба по часовой стрелке, которая совпадает с её вытягиванием. Безусловно, это один из важнейших факторов эмбологенности, особенно при изъеденности контура флотирующей верхушки, что даёт повышенное сцепление потока крови с поверхностью тромба. При таком сочетании винтовой поток приводит к закручиванию флотирующей верхушки, что наблюдали у 2 пациенток. Этот факт особенно опасен при сложной её форме (при наличии узких мест, перетяжках, булавовидной форме и т.п.). Центральное расположение флотирующего тромба определяется спиральным потоком крови вокруг него. Возвратно-поступательные движения верхушки флотирующего тромба в подвздошно-бедренном сегменте являются основными. Роль поперечной флотации незначительна из-за стабилизирующего свойства винтового потока, который центрирует флотирующую верхушку по оси. В ОБВ существуют два вида флотирующих тромбов, значительно различающихся по гемодинамике: один до места впадения БПВ, второй – когда флотирующая верхушка располагается выше впадения БПВ. Именно второй вариант является наиболее эмбологенным.

Выводы: гемодинамические факторы, особенно структура потока, играют ведущую роль в формировании флотирующей верхушки тромба и его эмбологенности. Полученные результаты приближают нас к пониманию механизма эмбологенности флотирующей верхушки, говорят о его отрывном характере.

11. Клинический случай успешного хирургического лечения пациента с множественными постинфарктными разрывами межжелудочковой перегородки

Руденко Д.А.¹, Вицукаев В.В.², Макальский П.Д.², Циканова Н.М.²
¹Белгород, ²Химки

¹Белгородская областная клиническая больница святителя Иоасафа
²Федеральный клинический центр ВМТ ФМБА России

Актуальность: острый постинфарктный разрыв межжелудочковой перегородки (МЖП) – это перфорация мышечной части МЖП в области миокарда, где произошел острый инфаркт. Такой разрыв – редкое, но смертельное осложнение. Методы экстренной реперфузии при остром ИМ эволюционируют и разрыв МЖП на сегодняшний день стал действительно редким состоянием, его стали распознавать на более ранних сроках течения ИМ. Несмотря на значительное снижение смертности среди больных острым ИМ, наблюдаемое за последние 20 лет, прогноз выздоровления у пациентов с разрывами МЖП остается сомнительным. У 35-68% больных разрыв появляется на фоне постинфарктной аневризмы левого желудочка (ЛЖ), что усложняет нарушения центральной гемодинамики. Исходя из морфологических различий предложено делить все разрывы МЖП на две типовые группы: простые и сложные. Простой разрыв – между двумя желудочками имеется прямое сквозное сообщение без грубого геморрагического пропитывания некротизированной ткани; отверстия со стороны ПЖ и ЛЖ располагаются примерно на одном горизонтальном уровне МЖП. Сложный разрыв – межжелудочковое сообщение имеет извилистый ход с множеством лацераций, линия тренда которого может распространяться в зоны, находящиеся на

значительном удалении от первичного очага инфаркта; в миокарде наблюдаются значительные кровоизлияния; отверстия со стороны ПЖ и ЛЖ расположены на разных горизонтальных уровнях МЖП.

Цель: попытки консервативного лечения больных с разрывами МЖП оказываются неэффективными. При спонтанном течении заболевания приблизительно 24% больных умирают в течение первых суток, 60% - в первые две недели, 80% - в первый месяц после разрыва и только 7% больных живут более одного года. Таким образом смертность от прогрессирующей СН в первый год составляет 93% больных. Целью данного анализа стало - показать эффективность хирургического метода лечения множественных постинфарктных разрывов МЖП в сочетании с аневризмой ЛЖ.

Материалы и методы: в работе проанализирован случай успешного лечения пациента 56 лет, который поступил с диагнозом «ИБС: стенокардия напряжения, ФК2. ПИКС. Аневризма нижней стенки ЛЖ с переходом на перегородочную стенку, разрывы МЖП. АГ 3 стадии, 3 степени, риск осложнений - 4. ХСН 2А, ФК 3». Пациенту через 3 месяца после перенесенного ИМ было выполнено хирургическое вмешательство для закрытия множественных разрывов МЖП, ставших следствием ИМ. При проведении вентрикулографии отмечается сброс контрастного вещества в полость правого желудочка. При эхокардиографии - увеличение размеров камер сердца (ЛП- 4.7 см, КДО ЛЖ- 182 мл, КСО ЛЖ- 79 мл, ПЖ- 3.2 см, ПП- 107 мл), аневризма в области нижней стенки с переходом на МЖП и патологическими потоками слева-направо в полость ПЖ, высокая легочная гипертензия- 65 мм.рт.ст. Пациенту была выполнена резекция аневризмы задней стенки ЛЖ и пластика дефектов МЖП синтетической заплатой в условиях искусственного кровообращения.

Результаты: течение послеоперационного периода гладкое. После операции отмечается уменьшение камер сердца (ЛП- 4.0 см, КДО ЛЖ- 122 мл, КСО ЛЖ- 56 мл, ПЖ- 3.0 см, ПП- 80 мл), уменьшение давления в легочной артерии до 40 мм.рт.ст. Несмотря на наличие небольшого патологического потока в области шва заплаты, дефекты МЖП закрыты состоятельно. Пациент на 15е сутки выписан из стационара в удовлетворительном состоянии.

Выводы: при анализе данных разных авторов, летальность после хирургической реконструкции остается высокой: 14,3 – 60%. Однако количество погибших пациентов после хирургического лечения меньше в сравнении с консервативной терапией, что позволяет рассматривать хирургическое вмешательство, как эффективный метод лечения больных с постинфарктными разрывами МЖП. Большое значение в успехе операции имеют своевременная диагностика и правильный выбор вида хирургической реконструкции.

12. Диагностические и прогностическое значение некоторых показателей периферической крови при выполнении реваскуляризирующих вмешательств у больных с критической ишемией нижних конечностей

Кательницкий И.И.¹, Дарвин В.В.², Зорькин А.А.², Мазайшвили К.В.²

¹Ростов-на-Дону

²Сургут

¹ФГБОУ ВО РостГМУ МЗ РФ

²ФГБОУ ВО СурГУ МЗ РФ

Цель исследования. Изучить диагностическую и прогностическую ценность в отношении сохранения конечности в ранние сроки после проведения реваскуляризирующих вмешательств количества тромбоцитов, нейтрофилов, лимфоцитов и моноцитов периферической крови и соотношения тромбоциты/лимфоциты (коэффициент ТЛК), нейтрофилы/лимфоциты (коэффициент НЛК), лимфоциты/моноциты (коэффициент ЛМК) у больных с синдромом критической

ишемии (КИ) нижних конечностей при облитерирующих заболеваниях артерий нижних конечностей (ОЗАНК).

Материалы и методы. В проспективное двухцентровое исследование включены 318 пациентов с подтвержденными ОЗАНК отделений сосудистой хирургии БУ «Сургутская городская клиническая больница» (лечебная база кафедры хирургических болезней СурГУ) и клиники госпитальной хирургии ФГБОУ ВО «Ростовский Государственный медицинский университет» Минздрава России в период 2009-2018 гг. Степень ишемии конечности определялась на основе классификации А.В. Покровского-Фонтейна. Всем пациентам были проведены открытые, эндоваскулярные или гибридные реваскуляризирующие вмешательства, в том числе многоэтажные сосудистые реконструкции. Часть операций были направлены на восстановление кровотока по «целевой» артерии в соответствии с теорией ангиосома и/или дополнялись выполнением некрэктомий и «малых» ампутаций. Критерии исключения - наличие документированного иммунодефицита, применение цитостатиков и глюкокортикоидов в течение 1 года перед госпитализацией, а также признаков активного неспецифического артериита, клинически значимая исходная врожденная или приобретенная коагулопатия, тяжелая патология печени с явлениями гиперспленизма. Под неблагоприятным результатом артериальной реваскуляризации понимали развитие до выписки из стационара полиорганной недостаточности с летальным исходом, прогрессирование ишемических проявлений с последующим выполнением ампутации конечности. Пациентов разделили на две группы. В основную группу отнесли больных с признаками КИ нижних конечностей (211 человек). В группу сравнения – больных без признаков КИ (107 человек). Группы были сопоставимы по основным эпидемиологическим и клиническим параметрам. Количественное определение, основные морфологические показатели тромбоцитов, нейтрофилов, моноцитов и лимфоцитов периферической крови проводили на автоматическом анализаторе MEK-7222 (Nihon Kohden, Japan). Рассчитывался коэффициент тромбоциты/лимфоциты (ТЛК), нейтрофилы/лимфоциты (НЛК), лимфоциты/моноциты (ЛМК). Исходные показатели сравнивали между группами (диагностическая значимость при КИ), а также в раннем послеоперационном периоде через 1-3 суток (прогностическая значимость исхода артериальной реваскуляризации) методами вариационной статистики. При нормальном характере распределения для оценки значимости различий применяли t-критерий Стьюдента, при ненормальном распределении - непараметрический критерий Манна-Уитни. Различия показателей считали статистически значимыми при критическом уровне значимости (p) менее 0,05.

Результаты и обсуждение. По показателям морфологии тромбоцитов различия были статистически значимы только для показателя форм-фактора тромбоцитов, который был почти в 2 раза больше у больных с клиническими признаками КИ ($22,9 \pm 8,4$ против $11,8 \pm 4,1$, $p < 0,05$), что является признаком прогрессирования анизозитоза тромбоцитов при усугублении признаков ишемии конечности. Для этой категории пациентов были характерны повышение показателя ТЛК (298 ± 86 против 108 ± 39 , $p < 0,05$). Уровень лейкоцитов в основной группе составил $9,9 \pm 5,5 \cdot 10^9/\text{л}$, уровень нейтрофилов $8,7 \pm 1,8 \cdot 10^9/\text{л}$, уровень лимфоцитов $1,2 \pm 0,4 \cdot 10^9/\text{л}$, уровень моноцитов – $0,41 \pm 0,13 \cdot 10^9/\text{л}$. В группе сравнения уровень лейкоцитов составил $7,4 \pm 4,9 \cdot 10^9/\text{л}$, уровень нейтрофилов $5,0 \pm 1,4 \cdot 10^9/\text{л}$, уровень лимфоцитов $2,4 \pm 0,3 \cdot 10^9/\text{л}$, уровень моноцитов – $0,57 \pm 0,13 \cdot 10^9/\text{л}$. Различия по указанным показателям не были статистически значимы, но в первой группе прослеживается отчетливая тенденция как к лимфопении, так и к умеренной моноцитопении. При этом относительное содержание моноцитов составило в среднем 4,1% против 7,7% в основной группе и группе сравнения соответственно, $p < 0,05$. Коэффициент НЛК в основной группе составил $7,25 \pm 0,49$, в группе сравнения – $2,09 \pm 0,41$, $p < 0,01$. ЛМК в группе пациентов с КИ составил $2,93 \pm 0,33$, без признаков КИ – $4,2 \pm 0,23$, $p < 0,02$. У больных с неблагоприятным исходом артериальной реваскуляризации уровень тромбоцитов составил $396 \pm 115 \cdot 10^9/\text{л}$, уровень лимфоцитов составил $1,1 \pm 0,4 \cdot 10^9/\text{л}$, уровень лейкоцитов составил $18,3 \pm 6,2 \cdot 10^9/\text{л}$,

уровень нейтрофилов $9,7 \pm 1,8 * 10^9/\text{л}$, уровень моноцитов – $0,48 \pm 0,11 * 10^9/\text{л}$. В группе успешной артериальной ревазуляризации уровень тромбоцитов составил $278 \pm 94 * 10^9/\text{л}$, уровень лимфоцитов составил $2,4 \pm 0,6 * 10^9/\text{л}$, уровень лейкоцитов составил $7,4 \pm 4,6 * 10^9/\text{л}$, уровень нейтрофилов $7,7 \pm 1,4 * 10^9/\text{л}$, уровень моноцитов – $0,69 \pm 0,15 * 10^9/\text{л}$. ТЛК в группе неблагоприятного исхода ревазуляризации составил 360 ± 167 , в группе благоприятного исхода – 116 ± 35 ($p < 0,02$), что не противоречит имеющимся литературным данным, и по абсолютному количеству лимфоцитов ($p < 0,05$). Пациенты с неблагоприятным исходом сосудистой ревазуляризации имели максимально высокие, более 360 значения соотношения тромбоциты/лимфоциты (коэффициент ТЛК), что мы связываем с возникновением и прогрессированием СПОН, тромбоцитозом, лейкопенией. НЛК в группе неблагоприятного исхода ревазуляризации составил $8,81 \pm 0,53$, в группе благоприятного исхода – $3,22 \pm 0,34$ ($p < 0,005$). Наши данные демонстрируют более высокие (более 8), чем в других работах, показатели НЛК у пациентов при неблагоприятном исходе артериальной реконструкции, что объясняется развитием СПОН, нарастанием нейтрофильного лейкоцитоза и лимфопенией. В группе с неблагоприятным исходом показатель ЛМК – $2,26 \pm 0,4$ против $3,5 \pm 0,28$ в группе с успешно проведенной ревазуляризацией ($p < 0,02$). Относительное содержание моноцитов составило в среднем 2,6% в группе неблагоприятного исхода ревазуляризации против 9,3% в группе успешной ревазуляризации, $p < 0,05$.

Выводы. При ОЗАНК соотношение тромбоциты/лимфоциты (коэффициент ТЛК), соотношение нейтрофилы/лимфоциты (НЛК), соотношение лимфоциты/моноциты (ЛМК), анизоцитоз тромбоцитов можно использовать, как дополнительные лабораторные критерии КИ. Неблагоприятный прогноз артериальной ревазуляризации предполагается при лимфопении, относительной моноцитопении и повышении соотношения тромбоциты/лимфоциты (коэффициент ТЛК) более 360, повышении НЛК более 8, значении ЛМК менее 2,3.

13. Влияние МОФФ на качество жизни при вторичной лимфедеме нижних конечностей

Калинин Р.Е., Сучков И.А., Максаев Д.А.

Рязань

ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России

Актуальность. Лимфедема – хроническое прогрессирующее заболевание, связанное с накоплением жидкости в интерстициальных тканях, развивающееся вследствие нарушения транспорта лимфы. Лимфедема ухудшает качество жизни (КЖ), психоэмоциональное состояние пациентов, приводя к эмоциональному дистрессу, беспокойству, нарушению образа тела, что является социальной проблемой. Заболевание характеризуется широкой распространенностью, резистентностью к терапии, а также инвалидизацией. Качество жизни определено как субъективное восприятие болезни и влияние лечения на состояние здоровья, включая физическую, психологическую и социальную адаптацию и благополучие. Улучшение КЖ больных одна из основных задач в лечении. Венотонизирующие препараты лежат в основе лечения лимфедемы. Одно из лидирующих мест занимают препараты микронизированной очищенной фракции флавоноидов (МОФФ). МОФФ повышает венозный тонус, обладает ангиопротекторными свойствами, улучшает лимфатический дренаж, снижает экспрессию молекул адгезии, препятствует активации, миграции и адгезии лейкоцитов.

Цель исследования. Оценить динамику уровня качества жизни пациентов с вторичной лимфедемой на фоне терапии микронизированной очищенной фракции флавоноидов. Материалы и методы. Проведен анализ лечения 25 больных с вторичной лимфедемой нижних конечностей II стадии, в возрасте $58,14 \pm 2,05$ лет. Всем пациентам в течение трех месяцев наблюдения проводилось консервативное лечение: лекарственный препарат Детралекс® в дозировке 1000 мг в сутки и компрессионный

трикотаж III класса компрессии. Ношение компрессионного трикотажа III класса компрессии пациенты осуществляли не менее чем 2 месяца до включения в исследование и в течение всего периода наблюдения. Все пациенты были женского пола. Основными причинами вторичной лимфедемы были: рожистое воспаление, травма, оперативные вмешательства. В настоящее время основным методом, позволяющим оценить КЖ или его составляющие, является применение опросников. Полноценно себя проявляет опросник SF-36, который отвечает всем требованиям национальных комитетов по качеству жизни ВОЗ и Европы, состоит из 36 вопросов и позволяет провести оценку 8 субшкал здоровья: ролевое функционирование (RP), физическое функционирование (PF), социальное функционирование (SF), общее здоровье (GH), боль (P), жизнеспособность (VT), психологическое здоровье (MH), эмоциональное функционирование (RE).

Результаты и их обсуждения. Результаты исследования показали, что лимфедема накладывает ограничение на физическое функционирование больных, что выражается в снижении физической активности (PF) – $62,38 \pm 19,86$ баллов и ограничении повседневной деятельности в связи с физическим состоянием здоровья (RP) – $47,62 \pm 35,27$ баллов. Шкала боли (BP) – $55,86 \pm 20,64$ баллов показывает, что боль ограничивает физическую нагрузку. Показатель общего здоровья (GH) – $50,62 \pm 14,05$ баллов указывает на то, что больные неудовлетворительно оценивают состояние своего здоровья и дальнейшие перспективы лечения. Показатель жизнеспособности (VT) – $47,86 \pm 12,66$ баллов свидетельствует об утомлении исследуемых и снижении их жизненной активности, в дальнейшем это может стать фактором риска развития депрессивных состояний. Социальное функционирование (SF) – $71,57 \pm 22,92$ баллов и эмоциональное функционирование (RE) – $65,08 \pm 40,80$ баллов отражают влияние болезни на уровень общения, у исследуемых отсутствует снижение желания взаимодействия с другими людьми. Шкала психологическое здоровье (MH) – $53,14 \pm 16,41$ баллов отражает низкую субъективную оценку больными своего психического здоровья, наличие тревожных переживаний. В целом физический компонент здоровья $40,55 \pm 8,17$ баллов и психологический компонент $53,14 \pm 16,4$ баллов соответствуют среднему показателю качества жизни. Качество жизни пациентов на фоне лечения в течение трех месяцев имеет тенденцию к улучшению по каждому из 8 параметров. Статистически достоверно увеличиваются следующие показатели качества жизни: RP ($47,62 \pm 35,27$ баллов до исследования, $80,0 \pm 11,68$ баллов через 3 месяца) – ($p=0,0002$), прирост 67,99%; BP ($55,86 \pm 20,64$ баллов до исследования, $73,8 \pm 7,42$ баллов через 3 месяца) – ($p=0,0001$), прирост 32,11%; GH ($50,62 \pm 14,05$ баллов до исследования, $60,8 \pm 7,46$ баллов через 3 месяца) – ($p=0,004$), прирост 20,11%; VT ($47,86 \pm 12,66$ баллов до исследования, $70,0 \pm 8,66$ баллов через 3 месяца) – ($p=0$), прирост 46,26%; SF ($71,57 \pm 22,92$ баллов до исследования, $90,0 \pm 9,53$ баллов через 3 месяца) – ($p=0,0004$), прирост 25,75%; MH ($53,14 \pm 16,41$ баллов до исследования, $70,4 \pm 8,49$ баллов через 3 месяца) – ($p=0,003$), прирост 32,48%.

Выводы опросник SF-36 может использоваться для оценки качества жизни у пациентов с вторичной лимфедемой нижних конечностей. Лимфедема нижних конечностей ухудшает качество жизни больных, влияя на физическое, психологическое состояние, нарушая социальную адаптацию. Детралекс® совместно с компрессионным трикотажем III класса компрессии статистически достоверно увеличивает показатели качества жизни пациентов с вторичной лимфедемой нижних конечностей II стадии.

14. Оценка профилактики венозных тромбозмболических осложнений у пациентов с патологией толстого кишечника

Кательницкий Иг.И., Сокиренко И.А., Бликян К.М.
Ростов-на-Дону
ФГБОУ ВО РостГМУ Минздрава России

Актуальность: тромбоэмболия легочной артерии (ТЭЛА) занимает 3-е место в списке причин внезапной смерти, уступая только острому инфаркту миокарда и острому нарушению мозгового кровообращения. ТЭЛА у онкологических больных является одной из наиболее частых причин смертности. По данным J.A.Heit, смертность от ТЭЛА не уменьшилась с 1980 г., несмотря на значительное улучшение диагностики, профилактики и лечения. Многие исследователи считают, что тромбоз глубоких вен нижних конечностей (ТГВ) является одним из симптомов распространенных форм злокачественных новообразований (ЗН), что требует обследования пациента с учетом возраста и пола. У онкологических больных риск возникновения ТЭЛА в 6 раз выше по сравнению с пациентами, не страдающими ЗН. Таким образом, большинство больных ЗН входят в группу тромбоассоциированных заболеваний и актуальность выбора профилактики остается приоритетной и на сегодняшний день.

Цель: сравнить результаты профилактики венозных тромбоэмболических осложнений у пациентов с раком толстой кишки, оперированных лапароскопически, получавших в качестве профилактики ВТЭО низкомолекулярные гепарины в различной дозировке.

Материалы и методы: в хирургическом отделении РКБ ФГБУЗ ЮОМЦ ФМБА России проведен анализ 73 пациентов, проходивших лечение с 2015 по 2018 гг. с диагнозом рак прямой кишки. Пациенты были разделены на две группы. В первую группу вошли 34, во вторую – 39 больных. Первой группе проводилась профилактика ВТЭО путем применения стандартной дозировки низкомолекулярных гепаринов (НМГ) 0,4 мл в совокупности с перемежающейся пневмокомпрессией нижних конечностей (интраоперационно). Второй группе дозировка НМГ подбиралась индивидуально, основываясь на данных разработанного алгоритма и показателях коагулограммы, таких как: тромбиновое время, протромбиновое время, АЧТВ, МНО, антитромбин, РФМК, Д-димер. Средний возраст пациентов составлял $66,3 \pm 2,4$ лет. Наличие тромбоэмболических осложнений (тромбоз глубоких вен нижних конечностей, тромбоэмболия легочной артерии) оценивались по данным ультразвукового сканирования сосудов нижних конечностей, рентгенограмме легких, компьютерной томографии, ангиопульмонографии легких (по показаниям).

Результаты: тромбоэмболические осложнения в первой группы (34 человека) наблюдались у трех пациентов и приходились на тромбоз глубоких вен нижних конечностей, соответственно, данная дозировка НМГ (0,4 мл) не позволяла полностью исключить вероятность ВТЭО. У пациентов второй группы (39 человек), тромбоэмболические осложнения отсутствовали, дозировка НМГ у данной группы варьировала от 0,4 до 0,6 мл, в послеоперационном периоде дозировка НМГ у пациентов неоднократно корректировалась. Отсутствие ВТЭО у данной группы позволяет сделать вывод об адекватном дозировании НМГ. Обсуждения: современные достижения клинической онкологии демонстрируют необходимость активной профилактики тромбоэмболических осложнений на каждом этапе комбинированного и комплексного лечения. Это определяет целесообразность применения индивидуально подобранных режимов профилактики тромбоэмболических осложнений и их возможных рецидивов. Приведенные данные подтверждают актуальность и значимость работы в данном направлении.

Вывод: основным залогом проведения успешной терапии является разработка и стандартизация комплексной терапии тромботических осложнений. НМГ должны назначаться в адекватных дозах, с учетом риска развития тромботических осложнений, основываясь на индивидуальных данных пациента, так как факторы риска у больных разные, и дозировка НМГ должна корректироваться в зависимости от индивидуальных особенностей больного. Согласно данным проведенного исследования, был сделан вывод, что для профилактики ВТЭО у пациентов со злокачественными новообразованиями, целесообразно применение специализированного алгоритма, на основании которого индивидуально определяется дозировка НМГ для профилактики

ВТЭО. Алгоритм позволяет учесть все факторы, которые могут привести как к тромбообразованию, так и к кровотечению у пациентов.

15. Тромбоз бифуркации аорты у больного в отдаленном послеоперационном периоде после кардиохирургических вмешательств

Егоров К.А., Масутов Р.М., Леонтьев А.П., Радионенко В.А., Эстрин А.И., Емельянов С.А., Мустафаев З.И., Абдулкадыров Р.К., Шагин К.В., Туктаров С.Р., Шашин С.А.
Астрахань
ГБУЗ АО АМОКБ

Актуальность. При необходимости в экстренной реконструктивной операции на сосудах конечностей трудно определить жизнеспособность тканей, находящихся в состоянии парабиоза.

Цель. Определение жизнеспособности мягких тканей на периферии конечностей.
Материалы и методы. Больной Ю. 1956 г.р., поступил 22.06.2019 с диагнозом: Острый тромбоз брюшной аорты. Ишемия нижних конечностей IIБ-III ст. Жалобы при поступлении на выраженную боль в обеих нижних конечностях, отсутствие чувствительности, одышку. Клиника острой ишемии обеих нижних конечностей возникла остро за три часа до поступления в приемное отделение. При КТ органов грудной полости данных за отек легких не выявлено. Осмотрен кардиологом. Из медицинской документации известно, что у пациента ИМ в 2009, 2010, 2014, 2019 гг. Выполнено МКШ+АКШ от 2010 г. Стентирование коронарных артерий в 2014, апреле 2019 г. Принимает двойную дезагрегантную терапию. Состояние тяжелое. В сознании, адекватен. Гемодинамика стабильная. Живот мягкий, при пальпации безболезненный. Стопы бледно-цианотичной окраски. Чувствительность отсутствует. Движения в голеностопных суставах ограничена. Пульсация определяется на подвздошных артериях, дистальнее отсутствует. В связи с острой ишемией конечностей взят в операционную. Из-за длительной ишемии конечностей выполнена фасциотомия передних и задних групп мышц голени. Мышцы признаны жизнеспособными. Затем с двух сторон выделены бедренные артерии. Выполнена тромбэктомия из проксимальных отделов и аорты с получением магистрального кровотока, затем наложены швы на БА с получением пульсации на берцовых артериях. В послеоперационном периоде получал сеансы гемосорбции, отмечался минимальный уровень миоглобина.

Результаты. В ближайшем послеоперационном периоде частично восстановлены движения конечностей, остались участки онемения на пальцах стопы и подошвенной поверхности. Пациент самостоятельно передвигался.

Выводы. При неизвестном состоянии мягких тканей конечностей, наличии выраженной степени острой артериальной недостаточности и небольшом времени с момента возникновения ишемии выполнение фасциотомии до основного этапа операции полезно не только с целью декомпрессии, но и диагностики состояния мышц голени, а в последующем - принятия решения о принципиальной необходимости первичной ампутации.

16. Наши подходы к лечению венозных тромбозомболических осложнений у пострадавших с переломами шейки бедра

Восканян Э.А., Алфимов Р.А., Тулюбаев И.Н., Зацепин А.А., Кочарян М.В.
Пятигорск
ГБУЗ СК "Городская клиническая больница" г.Пятигорска

Частота развития венозных тромбозомболических осложнений (ВТЭО) у пациентов со скелетной травмой высока. По данным литературы, более чем у 1/3 пациентов с переломами шейки бедра возникает тромбоз глубоких вен (ТГВ) нижних конечностей.

Проведение антикоагулянтной терапии (АКТ) при ВТЭО откладывает костный этап операции минимум на 3 месяца и более. И поэтому наличие венозного тромбоза может расцениваться, как противопоказание к костному этапу операции. Но консервативная тактика особенно, у возрастных пациентов для них бесперспективна и сопровождается высокой летальности. Цель исследования: оценка наших подходов в лечении тромбозов глубоких вен у пациентов преклонного возраста с переломами шейки бедра.

Материалы и методы. С 2015 г. – по 2018 гг. в травматологическом отделении Клинической больницы г. Пятигорска сделано 595 эндопротезирований тазобедренного сустава, из них по поводу переломов шейки бедренной кости 305. У 65 пациентов диагностирован до операции венозный тромбоз, что составляет 21,3 %. Возраст от 69 до 93 лет. Женщин-49, мужчин-16. Всем больным проводилось: - общеклиническое обследование, клинические и биохимические анализы крови, - исследование коагулограммы, ЭКГ, - ультразвуковое дуплексное сканирование (УЗДС) выполнялось всем пациентам при поступлении в стационар аппаратами экспертного класса Toshiba Xario и Vivid-7. Следует особо отметить, что 41 больного (63%) клиническая картина ТГВ протекала бессимптомно и главным методом диагностики являлось УЗДС.

Результаты и обсуждение. В лечебной тактике этой категории возрастных пациентов, мы прежде всего исходим из тех соображений, что операция на опорно-двигательном аппарате не может быть отсрочена и должна быть выполнена в период нахождения больного в стационаре. Консервативное лечение проводилось 39 пациентам с локализацией тромбоза на уровне вен голени. Оно заключалось в назначении низкомолекулярных гепаринов, дезагрегантов, неспецифических противовоспалительных препаратов и эластической компрессии нижних конечностей. После повторного УЗДС через неделю и наличием положительной динамики тромботического процесса следующим этапом производилось эндопротезирование тазобедренного сустава. По поводу проксимальных венозных тромбозов оперировано 26 пациентов, как с наличием флотации и без неё. Тромбэктомии из наружной подвздошной, общей бедренной и поверхностной бедренной вены (ПБВ) проведено у 3 больных. Тромбэктомии из ОБВ, перевязки или пликация бедренной вены ниже впадения глубокой выполнили у 14 больных. Изолированную пликацию или перевязку ПБВ ниже впадении глубокой – 7 больным. Постановка кава-фильтра 2 больным. При наличии флотирующего тромбоза общей бедренной вены (ОБВ) производим тромбэктомию, перевязку или пликацию ПБВ. При переходе тромбоза на подвздошные вены – постановка кава-фильтра. Всем больным вторым этапом через 4-6 дней выполняли эндопротезирование тазобедренного сустава. Все операции выполнены под спинномозговой анестезией. Летальных исходов не было. Перед выпиской из стационара всем больным производилась контрольное УЗДС вен нижних конечностей. В одном случае после перевязки бедренной вены ниже впадения глубокой отмечалось нарастание тромбоза в проксимальном направлении. После выписки из стационара больным продолжается АКТ. Длительность АКТ при дистальной локализации венозного тромбоза составляет 3 мес., при проксимальной – 6 мес. Однако она может быть продолжена в зависимости от сопутствующей патологии и возникших осложнений. Предпочтение отдаем оральному антикоагулянту Ривароксабану, который не уступает по эффективности Варфарину, имеет ряд преимуществ и предсказуемый антикоагулянтный эффект, не требует контроля гемостаза и подбора дозы, используется в стандартных дозировках, обеспечивает высокий профиль безопасности у возрастных больных. Что очень важно, в последних публикациях литературы Ривароксабан обладает еще и тромболитической активностью. В комплексе консервативной терапии, где определяющую роль играют антикоагулянты мы широко используем компрессионный трикотаж и флеботропные препараты.

Выводы: УЗДС вен нижних конечностей следует выполнять всем пациентам с переломами шейки бедренной кости. Лечение тромбозов вен нижних конечностей на фоне переломов шейки бедра у возрастных пациентов должно быть направлено на скорейшее проведение костного этапа операции – эндопротезирования в период

нахождения больного в стационаре. При наличии дистального венозного тромбоза нижних конечностей более рациональным является проведение в течение недели консервативной терапии низкомолекулярными гепаринами и вторым этапом эндопротезирование тазобедренного сустава. При наличии проксимального тромбоза хирургические методы профилактики ТЭЛА эффективны и являются надежной основой для проведения костного этапа операции - эндопротезирование тазобедренного сустава.

17. Хирургическая профилактика ТЭЛА при флотирующих флеботромбозах бедренно-подколенного сегмента

Аскерханов Г.Р., Казакмурзаев М.А., Садыки М.Н.
Махачкала
Медицинский центр им. Р.П. Аскерханова

Актуальность. Проблема острых венозных тромбозов в настоящее время не только не утратила актуальность, а в значительной мере усилилась в связи с бурным развитием современных методов лабораторной и инструментальной диагностики. Если раньше при малосимптомных признаках болезни вен мало кто назначал детальное обследование, то сейчас ультразвуковое ангиосканирование (УЗАС) стало значительно доступнее. Изменение этих подходов позволило значительно улучшить выявляемость эмболоопасных венозных тромбозов.

Цель исследования – изучить ранние и отдаленные результаты хирургической профилактики тромбоза легочной артерии (ТЭЛА) у пациентов с неокклюзивным флотирующим флеботромбозом бедренно-подколенного сегмента (БПС).

Материалы и методы: с мая 2004 г по март 2019 г было прооперировано 84 пациента. Критерием включения был проксимальный уровень тромбоза ПБВ не выше устья глубокой вены бедра (ГБВ), длина флотирующей головки тромба более 3 см, клинический класс С0-С3 по классификации СЕАР, отсутствие клиники ТЭЛА. Мужчин - 39, женщин 45. Возраст от 22 до 81 год, средний возраст 41,0 ±3,8 год. Предоперационное обследование включало общеклинические и лабораторные исследования, УЗАС, эхокардиографию. Всем пациентам было проведено хирургическое лечение в сроки от 3 до 11 дней после появления симптомов заболевания. Все пациенты были разделены на 2 группы. В 1 группе (до 2011 года) 38 пациентам выполнялась тромбэктомия из ПБВ и подколенной вены (ПВ). Во второй группе наблюдений (с 2011 г.) 46 пациентам выполнялась перевязка ПБВ с учетом данных предоперационной маркировки ГБВ под УЗАС. Все пациенты получали антикоагулянтную терапию в течение 12 мес и компрессионную терапию трикотажем II-III класса компрессии. В раннем периоде (7, 14 дней) проводилась оценка состояния с помощью УЗАС и наличие лимфорей из послеоперационной раны. На 14й день, через 6 и 12 месяцев проводили оценку клинического класса и степени выраженности хронического заболевания вен (ХЗВ) нижних конечностей по классификации СЕАР с подсчетом баллов по шкале оценки тяжести VCSS (venous clinical severity score). При осмотре спустя 6 и 12 месяцев с помощью УЗАС оценивалась динамика реканализации ПБВ по классификации, предложенной Д.А. Чуриковым: слабая – реканализация менее 30%, средняя – от 30 до 70%, хорошая – более 70% просвета вены. Результаты: При УЗАС через 7 дней у 20 (52,6%) пациентов контрольной группы в ПБВ развился ретромбоз окклюзивного характера. У одного больного развилась ТЭЛА, которая разрешилась на фоне консервативного лечения. У двух пациентов (5,3%) развился рецидив неокклюзирующего тромбоза на уровне ОБВ и ПБВ, что потребовало повторного хирургического вмешательства. У 24 (52,2%) диагностирован переход неокклюзивного тромбоза в окклюзивный. В контрольной группе лимфорей в ближайшем периоде развилась у 7 (18,4%) пациентов, причем в срок до 2 недель разрешилась у 5 пациентов. В основной группе лимфорей развилась у 3 (6,5%) и разрешилась до 2 недель у всех пациентов. Различия в частоте лимфорей в группах

статистически достоверны ($p < 0,01$). Через 14 дней после операции средний показатель по шкале VCSS составил 4,6 балла в контрольной и 4,4 балла в основной группе ($p < 0,05$). Через 6 месяцев обследовано 29 пациентов из контрольной группы и 38 пациентов из основной группы. По данным УЗАС окклюзия ПБВ выявлена у 4 (13,8%) и 7 (18,4%) пациентов; реканализация: слабая – у 4 (13,8%) и 3 (7,9%), средняя – у 7 (24,1%) и 18 (47,4%), хорошая – у 14 (48,3%) и 10 (26,3%) пациентов контрольной и основной групп, соответственно. Через 12 месяцев на осмотр явились 25 пациентов из контрольной и 31 из основной групп. Окклюзия ПБВ выявлена у 2 (8,0%) и 5 (16,1%) соответственно; реканализация: слабая у 3 (12%) и 4 (12,9%), средняя у 5 (20%) и 10 (32,3%), хорошая у 15 (60%) и 12 (38,7%) пациентов контрольной и основной групп, соответственно. Средний балл по VCSS составил 4,4 в контрольной и 4,3 в основной группе ($p < 0,05$). Обсуждение: Перевязка ПБВ позволила избежать развития ТЭЛА в послеоперационном периоде, не приводя к развитию тяжелых форм ХЗВ. Предоперационная маркировка устья ГВБ и уменьшение объема операционной травмы без выделения ОБА и ГАБ, без выполнения непрямой тромбэктомии позволила снизить риск лимфорееи в раннем периоде. Показатели средней и хорошей реканализации ПБВ в отдаленном периоде близки в обеих группах.

Выводы: перевязка ПБВ является надежным методом профилактики ТЭЛА и не приводит к развитию тяжелых форм ХЗВ (С4-С6 по СЕАР) в срок наблюдения до 1 года. При перевязке устья ПБВ после маркировки под УЗАС не требуется выделение ОБА и ОБВ. Сравнительная оценка хирургического лечения острых венозных тромбозов БПС выявила преимущество перевязки ПБВ по сравнению с тромбэктомией, что позволяет рекомендовать метод в широкую клиническую практику.

18. Первый опыт выполнения кардиохирургических вмешательств в Медицинском центре им. Р.П. Аскерханова (г. Махачкала)

Аскерханов Г.Р.¹, Кандауров А.Э.², Махатилов Г.М.¹, Казакмурзаев М.А.¹, Бадышев И.А.¹, Магомедова З.Г.¹, Дубаев А.А.¹, Абдуллаев И.С.¹, Гаджиханов Н.Р.¹

¹Махачкала

²Москва

Медицинский центр им. Р.П. Аскерханова

Актуальность: потребность населения в кардиохирургических операциях определена рядом исследований в развитых странах и составляет 1700 операций на 1 млн населения: 1100 операций - при ИБС, 350 операций - при приобретенных пороках сердца, 250 операций - при врожденных пороках сердца [Бокерия Л.А., Гудкова Р.Г. Сердечно-сосудистая хирургия -2013]. В Дагестане, вероятно, потребность населения в высокотехнологичной медицинской помощи является аналогичной.

Цель исследования: оценить первый опыт хирургического лечения ИБС в медицинском центре имени Р.П. Аскерханова с анализом ближайших результатов аортокоронарного шунтирования с ИК и на работающем сердце у пациентов со стабильной стенокардией и при остром коронарном синдроме.

Материалы и методы: в медицинском центре Р.П. Аскерханова с 2013 года по сей день выполнено 39 реваскуляризации миокарда. Они вошли в наше исследование и были разделены на две группы. Первая группа, которым выполнялись операции реваскуляризации миокарда в условиях ИК (n=21) и вторая группа- подвергшиеся аортокоронарному шунтированию на работающем сердце (n=18). Пациенты обеих групп не различались по возрасту и полу, исходному клиническому статусу, частоте сопутствующих заболеваний, характеру и степени поражения КА, состоянию насосной функции левого желудочка (ЛЖ), а также объему выполненной реваскуляризации миокарда. В качестве шунтов использовали аутоартерии (левую внутреннюю грудную артерию и аутовены (большую подкожную). Первоначально формировали дис-тальные, затем проксимальные анастомозы.

Результаты исследования: госпитальная летальность у пациентов обеих групп достоверно не различалась ($p>0,05$): в группе больных после АКШ без ИК летальных исходов не наблюдалось, а у пациентов после АКШ в условиях ИК их было 1 (2,5%). Причиной летального исхода явилась прогрессирующая сердечная недостаточность при инфаркте в ходу и ОЛЖ, на фоне которой было выполнено оперативное вмешательство. Трём пациентам с инфарктом в ходу и ОЛЖ была налажена внутриаортальная баллонная контрпульсация. Случаев периоперационного ИМ не было ни в одной группе. По частоте развития острой сердечной недостаточности в периоперационном периоде пациенты обеих групп достоверно не различались (9,5% в первой и 5,5% во второй, $p>0,05$). По средней продолжительности ИВЛ ($9,1\pm 2,2$ в первой группе и $9,4\pm 3,0$ - во второй) и по числу больных, которым потребовалась пролонгированная ИВЛ (более 12-ти часов) в послеоперационном периоде (5,5% после АКШ без ИК, и 9,5% после АКШ с ИК), пациенты обеих групп также достоверно не различались ($p>0,05$). Частота развития почечной дисфункции у пациентов перенесших АКШ как с использованием ИК, так и без него составила 4,7% в первой группе против 0 % - во второй ($p>0,05$). Заключение: Прямая реваскуляризация миокарда у пациентов с ИБС на фоне стабильной стенокардии и на фоне ОКС сопровождается приемлемыми результатами хирургического лечения. Явлений послеоперационной почечной недостаточности больше при применении ИК.

19. Сроки заживления венозных язв в зависимости от вида применяемого лечения

Богомолов М.С.¹, Богомолова В.В.²
Санкт-Петербург

¹Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова

²СПб ГБУЗ «Городская больница № 14»

Актуальность проблемы. Хронические заболевания вен до настоящего времени являются наиболее частой причиной возникновения трофических язв на нижних конечностях. Распространенное мнение о том, что венозные язвы плохо поддаются лечению, давно устарело, т.к. при условии адекватной коррекции венозной недостаточности, лечение таких пациентов может быть очень эффективным.

Цель работы. Сравнить средние сроки заживления венозных язв при использовании различных подходов к коррекции венозной недостаточности и различных методик местного ведения ран (традиционная терапия и лечение ран в условиях влажной среды).

Материалы и методы. Изучены результаты лечения 69 пациентов в возрасте старше 18-ти лет (средний возраст – 64,0 лет) с подтвержденным по данным УЗИ венозным рефлюксом и отсутствием артериальной патологии. У этих пациентов на нижних конечностях имелось 145 язв (средняя площадь – 5,2 кв. см), длительность существования которых превышала 6 недель (средний срок – 9,8 мес.). После включения в исследование всем пациентам была назначена компрессионная терапия (бинты или трикотаж второй степени компрессии), на фоне которой проводилось местное лечение ран в условиях влажной среды. В первой фазе раневого процесса, ежедневно выполнялись saniрующие перевязки: хирургическая очистка раневой поверхности с последующей ее обработкой растворами антисептиков (йодиол, браунодин или пронтосан) и наложением мазей на полиэтиленгликолевой основе (офломелид или браунодин). Через 7-14 дней, после снижения уровня бактериальной обсемененности (отсутствие роста или рост со среды обогащения), переходили к использованию во второй и третьей фазах раневого процесса гидроколлоидных повязок (аскина гидро или гидроколл), смену которых производили раз в 5-7 дней вплоть до полного заживления ран. В 27 случаях одновременно с применением гидроколлоидных повязок выполнялись аппликации на рану мембран нативного коллагена коллост. Первичной точкой оценки

эффективности являлся средний срок лечения до полной эпителизации язвы, вторичные точки – доля заживших язв через 12 и 24 недели от начала лечения.

Результаты и обсуждение. Средний срок лечения у наших пациентов составил ровно 60 дней, при этом, в сроки до 12 недель зажило 125 (86,2%) язв, а к сроку 24 недели – 145 (100%) язв. Мы решили сопоставить полученные нами результаты с данными последнего из опубликованных крупных рандомизированных исследований, по сравнительной оценке, эффективности хирургического и консервативного лечения пациентов с венозными трофическими язвами – «Gohel MS, et al. Early versus deferred endovenous ablation of superficial venous reflux in patients with venous ulceration: the EVRA RCT. Health Technol Assess 2019;23(24)». В данном исследовании на основании таких же критериев включения были сформированы две группы пациентов: в первой группе (224 случая, средний возраст – 67,0 лет, средняя площадь язв – 2,4 кв. см, средний срок существования язв до включения – 3,2 мес.) эндовенозная абляция скомпрометированных вен выполнялась в первые две недели после рандомизации, а во второй группе (226 случаев, средний возраст 68,9 лет, средняя площадь язв – 2,9 кв. см, средний срок существования язв до включения – 3,0 мес.) коррекция венозного рефлюкса проводилась с помощью компрессионной терапии. Местное лечение язв в обеих группах проводилось по традиционным методикам, принятым в участвующих в данном исследовании 20 сосудистых центрах Великобритании. Согласно приведенным этими авторами данным, в группе пациентов, которым выполнялись ранние эндовенозные вмешательства, средний срок лечения составил 56 дней, а в группе компрессионной терапии – 82 дня, на основании чего ими сделан вывод о предпочтительности хирургического подхода при лечении пациентов с венозными язвами. Однако, в сроки до 12 недель зажило только 63,5% язв в группе хирургического лечения и 51,6% язв у пациентов с компрессионной терапией, а к сроку 24 недели от начала лечения зарегистрирована полная эпителизация лишь 85,6% и 76,3% язв, соответственно. Эти показатели уступают результатам нашего исследования, особенно если учесть, что исходные размеры и длительность существования язв у наших пациентов были значительно выше, чем в обеих группах цитируемого исследования. Кроме того, следует учитывать и тот факт, что у пациентов, перенесших эндовенозные вмешательства, зарегистрировано 28 послеоперационных осложнений, включая 2 серьезных кровотечения, для купирования которых потребовалось хирургическое вмешательство, 9 случаев тромбоза глубоких вен и 3 случая послеоперационного нагноения ран. Таким образом, преимущества активного хирургического подхода при лечении пациентов с венозными язвами на самом деле не являются столь очевидными.

Выводы. Современные методики местного лечения трофических язв в сочетании с адекватной компрессионной терапией позволяют добиться полноценного заживления венозных трофических язв без выполнения хирургического вмешательства на венах нижних конечностей у большинства пациентов.

20. Применение баллонной ангиопластики в лечении критической ишемии нижних конечностей

Степанов Ю.А., Куц Д.В., Атоян Г.Н.
Ростов-на-Дону

ГБУ РО «Областная клиническая больница №2»

Частота критической ишемии нижних конечностей по данным международных рекомендаций TASC II составляет до 1000 случаев на 1 миллион населения в год. Распространение сахарного диабета делают более актуальной проблему развития критической ишемии нижних конечностей у данной категории больных.

Целью работы стала возможность оценить результаты баллонной ангиопластики артерий голени у больных с критической ишемией нижних конечностей.

Наш опыт располагает выполненными эндоваскулярными вмешательствами у 68 пациентов. Мужчин было 39 – 57,3%, женщин 29 – 42,7% в возрасте от 42 до 83 лет, средний возраст – 67,42. 100% больных страдали одним или несколькими тяжелыми сопутствующими заболеваниями потенцирующие факторы риска: сахарный диабет наблюдали у 79,4% больных, ИБС у 75% больных, 12 (17,6%) пациентов ранее перенесли инфаркт миокарда, артериальная гипертензия наблюдалась у 62 (91,2%) пациентов. 20 (29%) имели 3А степень критической ишемии нижних конечностей, 33 (48,5%) пациентов имели 3Б степень критической ишемии нижних конечностей с наличием трофических нарушений и 15 (22%) пациентов имели 4 степень критической ишемии нижних конечностей с трофическими нарушениями и сухим некрозом 1 и более пальцев стопы. Протяженность облитерированных сегментов составляла от 2 до 20 см. Изолированные вмешательства на одной из магистральных артерий голени выполнили у 41 (60%) больных, проходимость двух артерий голени была восстановлена у 10 (14,7%) больных, множественные вмешательства, более двух артерий, соответственно у 3 (4%) больных. У 14 (20,5%) больных баллонная ангиопластика артерий голени сочеталась с ангиопластикой других артериальных сегментов. Первичный успех ангиопластики артерий голени достигнут у 53 (78%) пациентов, которым впоследствии не потребовались хирургические вмешательства. У 2 (2,9%) пациентов в раннем послеоперационном периоде случился тромбоз с развитием гангрены конечности, что стало причиной выполнения высокой ампутации на уровне бедра. У 1 (1,4%) из этих пациентов отмечен летальный исход из-за развившегося острого инфаркта миокарда в послеоперационном периоде. 4 (5,8%) пациентам с сухой гангреной более 3 пальцев, у которых была выполненная баллонная ангиопластика артерий голени с ангиопластикой бедренного сегмента потребовалась ампутация на уровне голени. 9 (13,2%) пациентом с гангреной 1 и более пальцев потребовалось выполнение пластических операции на стопе с сохранение опорно-двигательной функции. Изучение ближайших результатов (до 1 месяца) выявило клиническое улучшение у 82,3% пациентов, никому из прооперированных больных дополнительных оперативных вмешательств, в том числе реконструктивных, не потребовалось. Прирост лодыжечно-плечевого индекса в среднем составил с 0.52 до 0.88±0.21. В отдаленном периоде (до 1 года) ампутация конечности выполнена еще у 2 (2,9%) пациентов. Летальный исход отмечен у 3 (4,4%) пациента вследствие развития у них острого инфаркта миокарда (2 пациента) и ОНМК (1 пациент). Таким образом, кумулятивное сохранение конечности (Kaplan-Meier) через 1 год достигнуто в 89,7% случаев, выживаемость спустя 1 год составила 94%. Баллонная ангиопластика артерий голени у больных с критической ишемией нижних конечностей и диабетической ангиопатией является едва ли не единственным способом хирургической коррекции нарушенного кровотока. Баллонная ангиопластика артерий голени позволяет не только сохранить конечность, но и улучшить качество жизни больного.

21. Уровень магния и матриксных металлопротеиназ в патогенезе варикозной болезни

Калинин Р.Е., Сучков И.А., Камаев А.А.

Рязань

ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России

Актуальность проблемы: варикозное расширение вен нижних конечностей является широко распространенным, социально значимым заболеванием. Развивающаяся на ее фоне хроническая венозная недостаточность (ХВН) встречается у 20 - 50% населения индустриально развитых стран. Несколько лет назад была впервые высказана мысль об участии особых матричных ферментов - металлопротеиназ в развитии варикозной трансформации подкожных вен. Металлопротеиназы играют решающую роль в развитии таких физиологических процессов, как морфогенез,

резорбция, ремоделирование тканей, ангиогенез. В сохранении металлопротеиназ в латентной форме и предотвращении их избыточной активации существенную роль играют тканевые ингибиторы металлопротеиназ. Среди них тканевой ингибитор металлопротеиназ-1 регулирует ферментативную активность ММП-1 и ММП-9 *in vivo*. Также, согласно современным представлениям, варикозная болезнь относится к группе наследственных заболеваний, связанных с нарушением биосинтеза или деградации волокнистых структур соединительной ткани. Магний играет важную роль в поддержании структуры соединительной ткани.

Цель работы: определить концентрацию матриксных металлопротеиназ (ММП-9, ММП-1), тканевого ингибитора металлопротеиназ-1 (ТИМП-1) и ионов магния у пациентов с варикозной болезнью нижних конечностей различных клинических классов.

Материалы и методы: в исследование включено 144 человека, из которых 124 составили пациенты с варикозной болезнью нижних конечностей различных клинических классов, которые были разделены на четыре группы. В 1-й группе проводили оперативное лечение; во 2-й группе после операции дополнительно назначали препараты магния; в 3-й группе проводили только консервативное лечение; в 4-й группе пациенты получали стандартное консервативное лечение и препараты магния. Контрольную группу составили 20 здоровых добровольцев, не страдающих варикозной болезнью. Содержание в сыворотке крови ММП-9, ММП-1 и ТИМП-1 определяли методом иммуноферментного анализа. Концентрацию Mg^{2+} определяли колориметрическим методом.

Результаты и обсуждение: у пациентов с варикозной болезнью в 64,5% случаев наблюдались нормальные значения Mg^{2+} . У 44 человек (35,5%) было снижение концентрации магния. В контрольной группе только у трех человек отмечался дефицит магния (15%). В группах пациентов с варикозной болезнью С2-С3 классов у 55 человек (76,4%) отмечался нормальный уровень магния, в то время как в группах пациентов с трофическими язвами всего у 40% больных отмечается отсутствие дефицита магния. У пациентов с варикозной болезнью наблюдается повышение концентрации ММП-1 по сравнению с группой контроля ($6,9 \pm 1,16$ нг/мл и $4,8 \pm 0,73$ нг/мл соответственно). Достоверной зависимости концентрации ММП-1 от клинического класса заболевания не получено. В группах пациентов с варикозной болезнью отмечалось повышение концентрации ТИМП-1 по сравнению с группой контроля ($210,8 \pm 21,1$ нг/мл и $154,4 \pm 14,4$ нг/мл соответственно). В дальнейшем, на фоне лечения, отмечается увеличение уровня ТИМП-1 у пациентов во 2-й и 4-й группах. Также отмечается зависимость концентрации ТИМП-1 от клинического класса заболевания, наибольший уровень ТИМП-1 отмечался у пациентов С4-С6 классов. Наибольший уровень ММП-9 наблюдается у пациентов с варикозной болезнью классов С5-С6 ($14,5 \pm 1,7$ нг/мл). На фоне лечения отмечается снижение уровня ММП-9 у пациентов, получавших дополнительно терапию препаратами магния.

Выводы: выявлено повышение уровня ММП-9, ТИМП-1 соответственно прогрессированию тяжести варикозной болезни. Препараты магния целесообразно использовать в лечении варикозной болезни, так как отмечается их влияние на процессы разрушения коллагена и внеклеточного матрикса. Препараты магния снижают активность ММП-9, повышают концентрацию ТИМП-1, тем самым влияя на баланс ММП/ТИМП у пациентов с варикозной болезнью нижних конечностей.

22. Сравнение результатов артериальных реконструкций аутовеной «in situ» ниже щели коленного сустава

Карпов А.В., Чихирестов Ю.В., Захаров В.И., Авдеев Ю.В., Андриасов К.Г., Клименко А.М., Семенцова Н.С., Карпова Н.В.

Ростов-на-Дону

ГБУ РО «Ростовская областная клиническая больница»

Введение: несмотря на многочисленные исследования, критическая ишемия нижних конечностей (КИНК) остается одной из наиболее тяжелых патологий взрослого населения. Число случаев выявления КИНК варьирует от 50 до 100 на каждые 100 тыс. населения. При этом в течение первого года после выявления данной нозологии около трети больных подвергаются ампутации пораженной конечности. Многие вопросы хирургического лечения КИНК остаются нерешенными из-за неудовлетворительных результатов реконструкций ниже щели коленного сустава, поскольку срок работы шунта в данной позиции значительно ниже, чем при выполнении дистального анастомоза выше щели коленного сустава.

Цель исследования: улучшение качества лечения больных с КИНК путем анализа результатов артериальных реконструкций аутовеной «*situ*» ниже щели коленного сустава с формированием дистального анастомоза по типу «конец в бок» и по типу «конец в конец».

Материалы и методы: проведен анализ результатов артериальных реконструкций ниже щели коленного сустава, произведенных 68 пациентам с КИНК в Хирургическом отделении №4 ГБУ РО «РОКБ» в 2017-2018 гг. Пациенты разделены на 2 группы: I группу (32 человека) составили больные, оперированные по классической методике аутовенозного шунтирования «*in situ*», II группу (36 человек) составили пациенты, оперированные методике аутовенозного шунтирования «*in situ*» с формированием дистального анастомоза с подколенной артерией по типу «конец в конец». Средний возраст пациентов составил $55 \pm 9,2$ лет в I группе, $58 \pm 8,9$ лет во II группе. Проанализированы данные функциональных проб (значения лодыжечно-плечевого индекса (ЛПИ)), ультразвуковых исследований, количество и вероятные причины развившихся в стационаре осложнений, а также оценена проходимость шунтов спустя два года после оперативного вмешательства.

Результаты: летальных исходов, ампутаций конечностей и инфекционных осложнений после оперативного вмешательства зафиксировано не было. В послеоперационном периоде произошли следующие осложнения: тромбоз шунта – 9, кровотечение – 1. Всем пациентам с тромбозом шунта по классической методике «*in situ*» (всего 8) была проведена тромбэктомия. Пациенту из I группы с кровотечением была проведена ревизия, остановка кровотечения. Пациенту с тромбозом шунта из II группы была выполнена тромбэктомия. Показатели ультразвукового контроля на первые послеоперационные сутки по исследуемым группам распределились следующим образом: • В I группе среднее значение ЛПИ до операции составило $0,34 \pm 0,036$, после $0,98 \pm 0,036$, среднее значение объемного кровотока по шунту $128 \pm 2,8$ мл/мин. • В II группе среднее значение ЛПИ до операции составило $0,32 \pm 0,032$, после $1,18 \pm 0,058$, среднее значение объемного кровотока по шунту $152 \pm 2,6$ мл/мин. Пациентам, оперированным повторно, показатели ЛПИ и объемного кровотока по шунту приведены на первые сутки после повторного вмешательства. Спустя два года после оперативного вмешательства проходимость шунтов в I группе составила 59,4% (19 пациентов), во II группе 86,1% (31 пациент). Обсуждение результатов: Средний прирост ЛПИ после аутовенозного шунтирования по методике «*in situ*» с формированием дистального анастомоза по типу «конец в конец» превышает данный показатель у пациентов, перенесших классическую реконструкцию по методике «*in situ*» в той же области, различие статистически значимо с доверительным интервалом $p < 0,05$. Среднее значение объемного кровотока по шунту в первые послеоперационные сутки во II группе превышает данный показатель в I группе, различие достоверно с доверительным интервалом $p < 0,05$. Наиболее вероятной причиной тромбоза явилось поражение дистального русла. Более агрессивная тактика послеоперационной антикоагулянтной терапии не привела к развитию кровотечений, однако позволила сохранить проходимость шунта в раннем послеоперационном периоде. Причиной кровотечения в I группе явилось повреждение одной из большеберцовых вен при выполнении анастомоза, что на фоне улучшения перфузии тканей и антикоагулянтной терапии привело к формированию гематомы в области послеоперационной раны.

Выводы: использование аутовены «in situ» с формированием дистального анастомоза с подколенной артерией ниже щели коленного сустава по типу «конец в конец» является предпочтительным методом реконструкции артерий в указанной области при окклюзии поверхностной бедренной и подколенной. Формирование дистального анастомоза между аутовенозным шунтом и подколенной артерией в более поверхностных слоях операционной раны в силу меньших технических трудностей и лучшего обзора рабочей области снижает риск стенозирования реконструируемой артерии, повреждения элементов сосудистого пучка и послеоперационного кровотечения.

23. Результаты аутовенозных реконструктивных операций с позиции морфо-функционального состояния венозной стенки

Калинин Р.Е., Пшенников А.С., Виноградов С.А.

Рязань

ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России

Актуальность проблемы. Использование аутовены остается «золотым стандартом» открытой реконструктивной сосудистой хирургии. В отличие от современных синтетических трансплантатов, уступающих по проходимости в отдаленном периоде, проходимость аутовены через 5 лет составляет 69-72%. Перемещенная в артериальное русло аутовена адаптируется к новым гемодинамическим условиям. Это адаптивная реакция в литературе известна как ремоделирование. В ряде случаев она приобретает характер патологической и приводит к тромбозу венозного трансплантата и потере конечности.

Цель исследования. Комплексно оценить морфо-функциональные изменения аутовены, развивающиеся после аутовенозных реконструктивных операций.

Материалы и методы. В исследование включено 42 больных с КИНК (III – IV ст. по классификации Покровского-Фонтейна). Средний возраст $64,8 \pm 6,7$ лет. 85,7% мужчины. Больные разделены на 2 группы: в группе А (n – 22) реваскуляризацию проводили по методике «in situ», в группе В (n – 20) – реверсированной веной. Клинические группы были сопоставимы по полу, возрасту, стадии заболевания, сопутствующей патологии, исходному минимальному диаметру большой подкожной вены, баллу оттока по Рутерфорду. В группе А у 17 больных (77,3%) произведена реваскуляризация выше щели коленного сустава, у 5 (22,7%) – ниже щели коленного сустава. В группе В – 10 (50%) и 10 (50%) соответственно. На этапе включения, на 1 и 10 сутки, через 1, 3 и 6 месяцев после операции определяли уровень исследуемых маркеров функционального состояния эндотелия (NO, VEGF-A). У больных с тромбозом шунта при повторных операциях производился забор участка артериализованной вены. Проводилось гистологическое и иммуногистохимическое исследование. Исследование выполнено при финансовой поддержке РФФИ в рамках научного проекта № 18-315-00129, и стипендии Президента Российской Федерации молодым ученым и аспирантам, осуществляющим перспективные научные исследования и разработки по приоритетным направлениям модернизации российской экономики № СП-2164.2018.4. Результаты и обсуждения. В раннем послеоперационном периоде первичная проходимость в группе А составила 100%. Сохранность конечности – 95,5%. В одном случае выполнена ампутация на уровне в/3 голени, одна ампутация стопы. В группе В первичная проходимость составила 90%. Ранний тромбоз шунта возник у двух больных (10%). При повторной операции периферическое русло признано нереконструктабельным, в связи с чем была выполнена ампутация бедра. Трём больным (15%) выполнены малые ампутации на уровне стопы. В отдаленном периоде (через 6 мес.) первичная проходимость в группе А составила 95,5%. Тромбоз аутовены возник у 1 больного (4,5%) и связан с дезадаптивным ремоделированием стенки вены. Больному выполнено рещунтирование синтетическим трансплантатом. Сохранность конечности через 6 мес. составила 95,5%.

В группе В первичная проходимость составила 75%. В трех случаях (15%) возник тромбоз зоны реконструкции. У двух больных при повторных операциях констатировано неудовлетворительное периферическое русло и вследствие прогрессирования ишемии выполнена ампутация на уровне бедра. У одного больного явления ишемии купированы консервативными мероприятиями. Сохранность конечности составила 80%. При изучении функционального состояния артериализованной вены получены следующие результаты. Исходный уровень оксида азота составил $0,983 \pm 0,05$ мкМоль/мл и $1,022 \pm 0,2$ мкМоль/мл соответственно в группе А и В. В обеих группах отмечается тенденция увеличения секреции оксида азота в послеоперационном периоде. В группе А максимальное содержание оксида азота наблюдается к 10 суткам и составляет $1,8 \pm 0,18$ мкМоль/мл ($p < 0,05$) с последующим снижением к 6 месяцам после операции. В группе В максимальный уровень оксида азота достигает через 1 месяц после операции и составляет $1,7 \pm 0,1$ мкМоль/мл ($p < 0,05$). Исходный уровень VEGF-A в группах А и В составил $549,2 \pm 265,2$ пг/мл и $487,8 \pm 626,1$ пг/мл соответственно. Отмечена тенденция снижения активности VEGF-A на 1 сутки послеоперационного периода в обеих группах. Пик активности приходится на 10 сутки и составляет $628,9 \pm 290,3$ пг/мл и $827,1 \pm 1129,1$ пг/мл в группе А и В соответственно ($p < 0,05$). Морфологические изменения у больных с тромбозом шунта включают утолщение стенки вены за счет фиброзной и неоинтимальной гладкомышечной гиперплазии, мозаичную эндотелиальную выстилку с пристеночными тромбами, пролиферацию эндотелиоцитов, ремоделирование соединительнотканного каркаса, рост ваза вазорум. Выводы. Использование аутовены является надежной и эффективной стратегией реваскуляризации и позволяет сохранить конечность у больных с критической ишемией нижних конечностей. Первичная проходимость через 6 мес. для методики «in situ» составляет 95,5%, против 75% для реверсированной вены. Функциональный статус характеризуется увеличением секреции NO и VEGF-A в послеоперационном периоде. Морфологические изменения характеризуются дезадаптивным ремоделированием всех слоев стенки аутовены.

24. Функциональность маммарокоронарных шунтов у больных ишемической болезнью сердца с сопутствующим сахарным диабетом 2 типа по данным интраоперационной флоуметрии

Талалаев Е.П., Сидоров Р.В., Щетко В.Н., Поспелов Д.Ю.
Ростов-на-Дону
ФГБОУ ВО РостГМУ Минздрава России

Актуальность исследования: известно, что коронарный атеросклероз имеет более тяжелые последствия при наличии у больного сахарного диабета (СД), так как сочетание этих двух факторов существенно увеличивает риск развития проявлений ишемической болезни сердца (ИБС), часто сочетающихся с пролонгированными атеросклеротическими бляшками в коронарных артериях (КА), многососудистым поражением, поражением левой коронарной артерии (ЛКА). В связи с этим все большее число больных становятся кандидатами на проведение реваскуляризации миокарда. Было выявлено неблагоприятное влияние СД на отдаленный прогноз у больных, перенесших как эндоваскулярные, так и открытые вмешательства на сердце. [1,2]. «Уделом» коронарного шунтирования (КШ) последнее время становятся больные со стенозом ствола ЛКА, с многоуровневыми стенозами и диффузным поражением КА. По этой причине актуально сопоставление исходного состояния пациентов с результатами их лечения, а также изучение различных подходов в лечении ИБС у больных СД. [2]

Цель исследования: флоуметрическая количественная оценка кривых потока по коронарным шунтам из внутренней грудной артерии в зависимости от технологии наложения дистальных анастомозов.

Материалы и методы: проведён анализ 75 историй болезни пациентов с ИБС с сопутствующим сахарным диабетом 2 типа, оперированных в кардиохирургическом

отделении клиники РостГМУ с 2017 по 2019 год. Все пациенты разделены на 2 группы в зависимости от техники наложения дистальных анастомозов –1 группу составили 35 пациентов; 2 группу составили 40 оперированных пациентов. Всем пациентам проведена операция коронарного шунтирования на работающем сердце без применения искусственного кровообращения. Пациентам 1 группы передняя межжелудочковая ветвь (ПМЖВ) и огибающая ветвь (ОВ) левой коронарной артерии (ЛКА) шунтировались внутренней грудной артерией (ВГА) с применением технологии последовательного шунтирования, пациентам 2 группы накладывались линейные шунты ВГА на ПМЖВ, для шунтирования остальных пораженных коронарных артерий кондуитом являлась большая подкожная вена в обеих группах. Всем интраоперационно выполнялась ультразвуковая флоуметрия с использованием системы VeryQ (Medistim, Норвегия) при значениях систолического давления 100-110 мм рт. ст. после введения протамина сульфата. Больные обеих групп не различались по возрасту, полу и клиническим проявлениям ИБС. Всем больным как первой, так и второй группы, проведено стандартное предоперационное клиническое обследование, включающее в себя коронароангиографию. Все больные имели критические поражения коронарных артерий (КА). Больные обеих групп имели сравнимые по локализации и степени поражения изменения КА. Результаты: проанализированы кривые потока по шунтам из ВГА в ПМЖВ, ПМЖВ и ОВ ЛКА. Выявлено, что Q (мл/мин) в группе 2 ниже ($19\pm 3,4$), чем в группе 1 ($31\pm 4,6$). Также обнаружена разница в индексе сопротивления шунтов (ед.): он оказался больше в группе 2 ($4,5\pm 0,9$), чем в группе 1 ($2,3\pm 0,8$). Однако разницы в диастолическом наполнении шунтов в группах обнаружено не было (59 ± 7 и $62\pm 10\%$).

Выводы: анализ кривых потока по коронарным шунтам у пациентов с сахарным диабетом 2 типа показал, что объемная скорость кровотока выше в группе пациентов, которым выполнялось наложение дистальных анастомозов с применением технологии последовательного шунтирования, что в свою очередь повышает проходимость таких коронарных шунтов в отдаленном периоде.

25. Артериальная реконструкция нижних конечностей при синдроме диабетической стопы. Медикаментозная коррекция ранних осложнений

Корейба К.А.¹, Минабутдинов А.Р.², Нуретдинов Р.М.³
Казань

¹Кафедра хирургических болезней ФГБОУ ВО «Казанский государственный медицинский университет» Минздрава России

²Центр «Диабетическая стопа» ГАУЗ «Клиника медицинского университета», г. Казань

³ГАУЗ Республиканская клиническая больница МЗ РТ

Актуальность: реперфузионный синдром – совокупность осложнений, следующих за восстановлением кровотока в ранее ишемизированных органах и тканях. Выделяют два компонента реперфузионного синдрома: 1. местный, в результате которого усугубляется местное повреждение, 2. системный, проявляющийся как вторичная недостаточности органов и тканей, удаленных от ишемизированных. В настоящее время большое внимание уделяется вопросам лечения местных расстройств при сосудистых реконструкциях, в связи с увеличением их количества, видов и качества, у больных с синдромом диабетической стопы.

Цель: разработать лечебную тактику ведения больных с синдромом диабетической стопы при реконструкции артериального русла нижних конечностей.

Материалы и методы: структура реконструктивных операций на артериях нижних конечностях при синдроме диабетической стопы, выполненных на базе центра «Диабетическая стопа» г. Казани: 2015 год – 156 (открытые – 69, эндоваскулярные – 87), 2016 – 110 (открытые – 30, эндоваскулярные – 80). Вид оперативной сосудистой реконструкции определялся индивидуально, опираясь на данные цветового дуплексного сканирования артерий и результаты ангиографического исследования в дооперационном

периоде. При выборе методики восстановления артериального кровотока ориентировались на классификацию TASC II (2007). Реперфузионный синдром клинически верифицирован в 28%-31% случаев при открытой реконструкции и в 4% случаев при эндоваскулярной. У пациентов с язвенными дефектами кожных покровов после реконструктивных операций на артериях нижних конечностей с клинически верифицированным диагнозом реперфузионного синдрома развивается увеличение зоны поражения согласно подсчету относительной скорости заживления ран: $RSH=(1-S1/S0)\times 100\%$, где S1 – площадь язвы после реконструктивных операций на артериях нижних конечностей, S0 – первоначальная площадь язвы. С целью профилактики возникновения и снижения тяжести течения послеоперационных осложнений, нами разработан и с 2014 года внедрен в практическую деятельность способ лечения дефектов тканей при реперфузионном синдроме после реваскуляризирующих операций на артериях нижних конечностей. На фоне поддерживающей консервативной терапии (патент на изобретение № 2548739 от 3 1.03.2014г. РОСПАТЕНТ ФГУ ФИПС РФ), мы применяем современные биопластические материалы для закрытия раневых дефектов. Согласно результатам проведенного анализа относительной скорости заживления раны (RSH), определенной для каждого из этапов наблюдения, не имела статистически значимых различий ($p=0,218$). Минимальное значение медианы RSH отмечалось при оценке изменений за первую неделю, составляя 24,13%, максимальное – на третьей, составляя 28,32%. При оценке RSH за весь трехнедельный период наблюдения была установлена медиана показателя, равная 63,03% (Q1-Q3: 48,17-79,68%). Было проведено сравнение оценки выраженности болевого синдрома в области трофической язвы по шкале ВАШ в динамике. Доля пациентов, отмечавших выраженность местного болевого синдрома по шкале ВАШ: «0-1 балл» на начало исследования составляла 19,2%, к 21 дню наблюдения 84,6%; «2-3 балла» на начало исследования составляла 46,2%, к 21 дню наблюдения 15,4%; «4-5 балла» на начало исследования составляла 34,6%, к 21 дню наблюдения 0%.

Выводы. В результате комплексного своевременного лечения пациентов с язвенными дефектами кожных покровов после реконструктивных операций на артериях нижних конечностей с клинически верифицированным диагнозом реперфузионного синдрома отмечалась благоприятная динамика клинического состояния, выражающаяся в уменьшении объема раны и снижении выраженности болевого синдрома. Отмечено купирование воспалительной реакции и значимая регенерации дефекта тканей. Относительная скорость заживления раны была равномерной на протяжении всего периода наблюдения и не зависела от исходных клиничко-anamnestических данных пациентов. Применение биоматериала у пациентов с трофическими дефектами мягких тканей при синдроме диабетической стопы после артериальной реконструкции в большинстве случаев (64%) способствует значительному уменьшению воспалительной реакции в подлежащих тканях, отсутствию осложнений в виде деструкции и некроза, а также развитию процессов репаративной регенерации.

26. Уровень гомоцистеина у пациентов с различным типом течения облитерирующего атеросклероза артерий нижних конечностей

Калинин Р.Е., Сучков И.А., Никифоров А.А., Чобанян А.А.

Рязань

ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России

Актуальность проблемы. На современном этапе развития сосудистой хирургии, с целью лечения облитерирующего атеросклероза артерий нижних конечностей (ОААНК) внедрено большое количество открытых и эндоваскулярных операций, которыми, не устраняя развитие и прогрессирование атеросклеротического процесса, достигается восстановление кровообращения в конечности. Оперативное лечение по праву считается основным методом лечения пациентов с хронической ишемией, угрожающей потере конечности, однако, вопрос своевременности данных вмешательств

остаётся открытым. Опыт, подтвержденный данными литературы, показывает, что у 30-40% больных по прошествии 3-5 лет от начала проявлений заболевания развивается критическая ишемия, в то время как у 60-70% ОААНК не прогрессирует. Многолетние наблюдения формируют представление о различных вариантах течения ОААНК. Основываясь на собственном опыте, сосудистые хирурги условно выделяют пациентов с прогрессирующим и не прогрессирующим течением заболевания. В связи с этим формируется необходимость определения предикторов на ранних стадиях заболевания для адекватной оценки и формирования группы риска прогрессирования ОААНК и, возможно, более раннего начала как консервативного, так и оперативного лечения. Учитывая, что предвестником неблагоприятных сосудистых событий принято считать дисфункцию эндотелия, мы считаем, что определение её маркеров у пациентов с различным течением ОААНК внесет определенный вклад в концепцию прогнозирования заболевания. Одним из маркеров повреждения эндотелия является гипергомоцистеинемия. По данным литературы, высокий уровень гомоцистеина ассоциируется со снижением биодоступности оксида азота. Имеются данные, о том, что гипергомоцистеинемия является прогностическим маркером высокого риска развития атеросклероза коронарных, окклюзии венозных аортокоронарных шунтов и рестенозов после чрескожных коронарных вмешательств.

Цель работы. Определение уровня гомоцистеина в крови у пациентов с различным типом течения ОААНК.

Материалы и методы. В работу включены 39 пациентов с ОААНК. Распределение по группам происходило следующим образом: I группу составили пациенты с тяжелым прогрессирующим течением ОААНК (21 человек), II группа состояла из пациентов с не прогрессирующим течением ОААНК (9 человек). Контрольную группу (9 человек) составили здоровые добровольцы без ОААНК. При разделении на группы учитывались анамнестические данные и стадия заболевания на момент забора крови.

Результаты и обсуждение. Статистически значимое ($p=0,01$) увеличение концентрации гомоцистеина было отмечено в группе прогрессирующего течения ($25,57\pm 2,48$ мкмоль/л) по сравнению со здоровыми добровольцами ($12,47\pm 2,11$ мкмоль/л). При сравнении групп прогрессирующего ($25,57\pm 2,48$ мкмоль/л;) и не прогрессирующего ($14,83\pm 5,16$ мкмоль/л) течения ОААНК между собой получено статистически значимое различие ($p=0,001$).

Выводы. Исходя из данного исследования, можно сделать вывод о прогностической ценности определения уровня гомоцистеина, ввиду выявленного различия показателей у пациентов с прогрессирующим и не прогрессирующим течением облитерирующего атеросклероза артерий нижних конечностей. Дальнейшее исследование маркеров повреждения и состояния эндотелия у пациентов с различным типом течения заболевания, возможно, внесет вклад в определение прогноза периферического атеросклероза.

27. Кинкинг внутренней сонной артерии: оценка результатов обследования и оперативного лечения

Чумаков П.И.¹, Бондаренко Е.Л.², Фоменко А.А.², Голева Т.И.², Демьянова В.Н.¹,
Чепурнов В.Н.²

Ставрополь

¹ФГБОУ ВО Ставропольский государственный медицинский университет

²ГБУЗ СК "ГКБ СМП" г. Ставрополя

Актуальность: кинкинг (патологическая извитость) – актуальная, но менее всего изученная на сегодняшний день патология внутренней сонной артерии (ВСА), ведь при аутопсии кинкинг ВСА находят у каждого третьего умершего. В 16-26 % случаев у взрослых пациентов диагностируют различные варианты патологии сонных артерий. Причина их чаще врожденная, однако часто кинкинг диагностируют при

гипертонической болезни, а также в случае сопутствующего атеросклеротического поражения сосудов. При этом зачастую наблюдается длительное асимптомное течение, но через некоторое время у пациента появляются транзиторные нарушения мозгового кровообращения.

Цель исследования: изучить результаты хирургического лечения гемодинамически значимого кинкинга ВСА.

Материалы и методы: 68 пациентов от 42 до 70 лет (средний возраст 55,4±1,5 лет) с кинкингом ВСА 70% и более, имеющих симптоматику. Из них: «С»-образная извитость с острым углом – 19 (28%), «S»-образная извитость с острыми углами – 47 (69,1%), петлеобразная извитость (койлинг) – 2 (2,9%). В исследование не были включены пациенты с двусторонним гемодинамически значимым поражением ВСА, а также с сочетанием извитости ВСА с гемодинамически значимым атеросклеротическим поражением каротидного бассейна. Диагноз подтверждался ультразвуковым исследованием в несколько этапов: визуальная оценка локализации и формы деформации в «В»-режиме, однако исследование только в «В»-режиме малоинформативно в диагностике извитостей, поэтому выполнялась оценка патологической извитости ВСА в режиме цветового и энергетического доплеровского картирования. Чувствительность этого метода близка к 100%. Следует отметить, что сложнее всего визуализировать извитости ВСА дистальной локализации. Чем больше угол изгиба артерии, тем более выражены гемодинамические нарушения. Современные сканеры дают возможность измерения угла в месте наибольшей ангуляции, где фиксируются локальное увеличение скорости кровотока, его дезорганизованность и турбулентность, что говорит о вероятной гемодинамической значимости деформации сосуда. Исследования проводились на УЗ сканере фирмы General Electric «Vivid S6» с использованием линейного и конвексного датчиков. Клиническими проявлениями кинкинга ВСА в исследуемой группе были: цефалгия, вестибулопатии, снижение остроты зрения, утомляемость и рассеянность внимания, нарушения сна и транзиторные ишемические атаки (ТИА). При ТИА продолжительность приступа во всех случаях составляла не более 24 часов.

Результаты: при операциях по поводу кинкинга ВСА выполнялось иссечение избыточного участка артерии с формированием анастомоза. Последний выполнялся «конец в конец» либо дополнялся «заплаткой» из синтетического материала. Кроме того, выполняли аутовенозное шунтирование пораженной ВСА. Осложнения после операций делят на общехирургические, со стороны сердечно-сосудистой системы, легочные и неврологические. В нашем исследовании в основном наблюдались легкие общехирургические осложнения: в 2 случаях (2,9%) - гематома шеи, в 1 случае (1,5%) - серома послеоперационного рубца. Со стороны сердечно-сосудистой системы – 1 осложнение (1,5%) – пароксизм мерцательной аритмии, которое было устранено медикаментозно в относительно короткие сроки. В течение 6 недель после операции у пациентов достоверно уменьшились такие симптомы как цефалгия в 3,7 раза ($t=2,33$; $p<0,05$), вестибулопатия в 4,9 раза ($t=2,03$; $p<0,05$), снижение остроты зрения в 1,8 раза ($t=2,64$; $p<0,05$), нарушение координации движения в 1,9 раза ($t=2,21$; $p<0,05$). Повторных эпизодов ТИА в послеоперационном периоде не отмечено.

Выводы: Резекция ВСА с ее редрессацией является высокоэффективным методом лечения симптомного кинкинга ВСА, а число осложнений незначительно.

28. Возможности стационарзамещающих технологий в лечении больных с гангренозно-некротическими изменениями нижних конечностей

Кательницкий И.И., Кательницкий Иг. И., Ливадняя Е.С., Божко А.В.
Ростов-на-Дону

ФГБОУ ВО «Ростовский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Актуальность проблемы. Согласно данным исследований трофические нарушения гангренозно-некротического характера наблюдаются у 42-67% больных с установленным диагнозом критическая ишемия нижних конечностей. В настоящее время в целях повышения качества жизни больных и снижения числа осложнений специалистами используется целый спектр хирургических, медикаментозных и физиотерапевтических методов восстановления уровня периферического кровотока в пораженных конечностях. Однако оперативные вмешательства, в особенности при наличии сопутствующей патологии, зачастую влекут за собой тяжелые осложнения вплоть до летального исхода, а консервативные подходы на сегодняшний день, согласно данным современной литературы, не имеют достаточной эффективности, что свидетельствует в пользу отсутствия отработанной схемы комплексного медикаментозно-физиотерапевтического метода.

Целью нашей работы было: улучшение результатов консервативной терапии у полиморбидных пациентов с хронической артериальной недостаточностью нижних конечностей с язвенно-некротическими изменениями (IVa степени), путем разработки оптимальных схем терапии в амбулаторно-поликлинических условиях.

Материалы и методы: проанализированы результаты и возможности стационарзамещающего лечения 145 больных с критической ишемией нижних конечностей, разделенные на две сопоставимые группы: первая исследуемая группа представлена 76 пациентами, которые находились на диспансерном наблюдении у хирурга в поликлинике и проходили курсы терапии в амбулаторных условиях согласно стандартам и рекомендациям. Во вторую группу вошли 69 пациентов, у которых наряду со стандартной терапией применялась усовершенствованная тактика, которая предполагала применение липидоснижающей диеты, лекарственной терапии с учетом стадии заболевания и наличия сопутствующей патологии, стимуляции иммунитета, воздействия магнитными полями, массажа, лазерной терапии, а также лечебно-физкультурных упражнений. Для оценки динамики биомаркеров использовались 10 показателей: уровни фибриногена, триглицеридов, общего холестерина, ЛПНП, ЛПВП, С-реактивного белка, гемоглобина, глюкозы в крови, значение гематокрита и количество тромбоцитов. Лабораторная диагностика проводилась в исходный момент, а также по прошествии одного года и двух лет наблюдения. Инструментальные методы исследования включали оценку ЛПИ и ЛДФ.

Результаты и обсуждение. При проведении сравнительной оценки биохимического ряда пациентов обеих исследуемых групп на первом году наблюдения были отмечены статистически значимые различия по 5 показателям: лодыжечно-плечевого индекса (ЛПИ), прирост показателей лазердоплерфлоуметрии (ЛДФ), уровню тромбоцитов, триглицеридов и глюкозы в крови, а на втором году уже по 8 показателям: ЛПИ, ЛДФ, уровня тромбоцитов, триглицеридов, общего холестерина, липопротеидов низкой плотности (ЛПНП), С-реактивного белка и глюкозы в крови. Сравнение групп проводилось с помощью теста Манна-Уитни. Различия признавались статистически значимыми при уровне $p < 0,05$.

Выводы. Многофакторный анализ позволил выявить преимущество стационарзамещающих методов лечения пациентов с хроническими облитерирующими заболеваниями артерий нижних конечностей (ХОЗАНК) во влиянии на процессы восстановления перфузии и трофики ишемизированных тканей при заметной динамике показателей микроциркуляторного русла; более низкий риск таких осложнений как внутрисосудистое тромбообразование, прогрессирование стеноза и окклюзии. Группа больных, к которым был применен индивидуальный подход к выбору тактики лечения, характеризовалась более управляемым характером течения атеросклеротических изменений вследствие большего эффекта на состояния дислипидемии, показатели глюкозы в крови, а также воспалительные процессы в целом, проявляющиеся повышенными концентрациями С-реактивного белка и фибриногена, как основных факторов, определяющих скорость и сроки заживления поражений, риска ампутации конечности, а также прогноз и качество жизни больного.

29. Применение препарата неоваскулген у неоперабельных пациентов с комбинированным поражением артерий нижних конечностей

Лящук А.В.¹, Торба А.В.¹, Вольман О.В.², Вагапов Т.Н.², Чайка О.О.¹, Нижельский В.Е.²
Луганск, ЛНР

¹ГУ ЛНР «Луганский государственный медицинский университет им. Святителя Луки»

²ГУ «Луганская республиканская клиническая больница» ЛНР

Цель: изучить влияние генной терапии ангиогенеза препаратом «Неоваскулген» у неоперабельных больных с комбинированным поражением артерий нижних конечностей (КПАНК).

Материалы и методы: в исследование включено 27 пациентов, которые имели клинику КПАНК. Были выделены основная и контрольная группы. Группы, включенные в исследование, были сопоставимы по возрасту, полу, уровню поражения сосудистого русла, сопутствующей патологии. Мужчин 22 (81,5%), женщин 5 (18,5%). Возраст больных варьировал от 49 до 83 лет (средний возраст – 64,6 лет). Больные основной группы дополнительно получали 2 инъекции геннотерапевтического препарата на основе плазмиды с сосудистым эндотелиальным фактором роста VEGF-165 (Неоваскулген) в суммарной дозе 2,4 мг с интервалом в 14 суток. Практически у всех пациентов имелась сопутствующая патология в виде сахарного диабета, фибрилляции предсердий, перенесенный артериальный тромбоз нижних конечностей. Всем пациентам проводилось консервативное лечение по причине невозможности проведения реваскуляризирующей операции. Консервативная терапия проводилась согласно Национальным рекомендациям по лечению пациентов с заболеваниями артерий нижних конечностей.

Результаты: местных реакций на введение препарата не отмечено. Нежелательных явлений, побочных реакций и осложнений зафиксировано не было. Оценивали дистанцию безболевого ходьбы (ДБХ), линейную скорость кровотока (ЛСК) и определение лодыжечно - плечевого индекса (ЛПИ). За период наблюдения ЛСК в контрольной группе была прежняя, чего не скажешь за основную группу, где отмечался прирост ЛСК. ЛПИ не имел значительного прироста в обеих группах. Особое внимание уделяли оценке ДБХ и купированию болевого синдрома. ДБХ в основной группе по сравнению с контрольной, была значительно больше, что улучшало качество жизни и прогноз сохранения нижней конечности.

Обсуждение: за период наблюдения пациентам основной группы выполнено 2 (7,4%) высокие ампутации, а в контрольной 10 (37%). Летальность пациентов в основной группе 1 (4,7%), а в контрольной 5 (18,5%).

Выводы: залог успеха и сохранение конечности для пациента, является прямая реконструктивно – восстановительная операция. Если выполнить операцию невозможно, альтернативой сохранения конечности является проведение терапевтического ангиогенеза препаратом «Неоваскулген» 1,2 мг.

30. Связь лодыжечно-плечевого индекса и эрозивно-язвенные поражения гастродуоденальной зоны у пациентов с синдромом диабетической стопы при критической ишемии нижних конечностей

Смолькина А.В., Шабаев Р.М., Морозов В.С., Елистратов Н.А., Мидленко И.И.
Ульяновск

ФГБОУ ВО «Ульяновский государственный университет»

Поскольку ампутация нижней конечности, да и любое оперативное лечение с некрэктомией на диабетической стопе при критической ишемии, является стрессовой ситуацией для организма на фоне регулярных длительных приемов дезагрегантов с виде

различных форм аспирина, у пациентов появляются жалобы со стороны верхних отделов желудочно-кишечного тракта и поиск причин этого явления остается актуальной проблемой.

Цель исследования: выявить зависимость лодыжечно-плечевого индекса (ЛПИ) и эрозивно-язвенные поражения гастродуоденальной зоны (ЭЯПГДЗ) у пациентов с синдромом диабетической стопы при критической ишемии нижних конечностей.

Материал и методы исследования. Рассмотрены результаты диагностического исследования 93 пациентов с синдромом диабетической стопы при критической ишемии нижних конечностей, проходивших лечение в клинике медицинского факультета им. Т.З. Биктимирова Ульяновского государственного университета за последние 7 лет. Критериями включения: возраст пациентов с диабетической стопой, старше 18 лет. Критерии исключения: пациенты с острыми и хроническими ЭЯПГДЗ. С целью выявления вновь образовавшейся эрозивной патологии гастродуоденальной зоны, в рамках данного исследования, было выполнено фиброгастродуоденоскопическое исследование (ФГДС) на 5 сутки нахождения в клинике. Пациенты с синдромом диабетической стопы при критической ишемии нижних конечностей, которым назначали внутривенное инфузионное введение эзомепрозола 40 мг в сутки в течение 30 минут, составили первую группу исследования в количестве 29 (31,2%) человек. Остальным 64 (68,8%) пациентам профилактика развития ЭЯПГДЗ не проводилась, это вторая группа исследования. Всем 93 человекам измерение ЛПИ проводили на аппарате OMRON 705IT, который подключается к компьютеру, и данные динамики давления записываются в автоматизированном режиме. Артериальное давление измерялось поочередно на правом и левом плече, затем на правой и левой лодыжке, с последующим расчетом ЛПИ по соответствующей формуле $ЛПИ = \frac{\text{среднее артериальное давление лодыжки}}{\text{среднее артериальное давление плеча}}$, норме составляет от 0,9 до 1,45. Поскольку в литературе авторы отмечают связь с выраженностью ЭЯПГДЗ при снижении лодыжечно-плечевого индекса менее 0,3, и наличием боли при ходьбе у пациентов с критической ишемией нижних конечностей ЛПИ меньше 0,4, мы предположили наличие взаимосвязи сниженного лодыжечно-плечевого индекса с проявлениями атеросклеротических изменений в сосудах других органов, что влечёт в дальнейшем нарушение микроциркуляции и образования патологического процесса другой локализации.

Результаты исследования и их обсуждение. Возраст пациентов колебался средний возраст составил $62,2 \pm 2,6$ года. Сахарный диабет II типа был у 82 пациентов, что составило 88,2%, у остальных 11 (11,8%) выявлен сахарный диабет I типа. По времени течения сахарный диабет отмечен в среднем около 14 лет. При поступлении в стационар у большинства пациентов была выявлена стадии декомпенсации сахарного диабета – 72 (77,4%), стадия субкомпенсации – 11(11,8%) пациентов и стадия компенсации отмечена всего у 10 (10,8%) госпитализированных в нашу клинику. Время от начала заболевания до госпитализации в стационар от 1 до 6 месяцев. При исследовании местных изменений на стопе – у большинства больных степень и глубина инфицирования язвенных дефектов соответствовали 2-3 степени по Вагнеру. В результате проведенного анализа выявлено, что в обеих группах исследования снижение ЛПИ меньше 0,4 зафиксировано у 41 человека, что составило 44,1% от всех 93 исследованных. Однако во второй группе исследования, что не получали профилактического лечения ЭЯПГДЗ, на 13,9% данный показатель чаще встречается. Аналогичная картина отмечена при стадии субкомпенсации (снижение ЛПИ от 0,9 до 0,4) в первой группе исследования отмечено у 44,8% и во второй группе – у 32,8% пациентов. И нормальные показатели исследуемого индекса отмечены практически равноценно в обеих группах – у 20,7% и 18,8% госпитализированных в группах исследования соответственно. Острые язвы желудка выявлены в обеих группах исследования у пациентов с ЛПИ меньше 0,4, и только у одного пациента со сниженным ЛПИ от 0,4 до 0,9 в группе без профилактического назначения ингибиторов протонной помпы была выявлена острая язва. В ходе исследования выявлена тенденция снижения

ЛПИ большее количество образований ЭЯПГДЗ. Эрозии выявлены в 10 процентах в обеих группах исследования при лодыжечно-плечевом индексе меньше 0,4, а вот при нормальном показателе этого исследования и при снижении от 0,9 до 0,4 в группе без профилактического назначения эзомепрозола, во второй группе исследования показатели хуже, и выявлена отрицательная корреляционная взаимосвязь с уровнем ЛПИ и развитием эрозий и острых язв ($r=-0,83$, $p>0,05$).

Выводы. ЛПИ меньше 0,4 является предиктором ЭЯПГДЗ у пациентов с синдромом диабетической стопы при критической ишемии нижних конечностей. Пациентам с синдромом диабетической стопы в комплексе общего лечения необходимо назначать ингибиторы протонной помпы с целью профилактики патологических изменений со стороны слизистой оболочки желудочно-кишечного тракта.

31. Лечение и профилактика рецидивов венозных тромбозов и тромбоэмболических событий

Простов И.И., Кательницкий И.И., Гузь В.С., Юдин В.А., Ерошенко О.Л., Трандофилов А.М.

Ростов-на-Дону
ФГБОУ ВО РостГМУ Минздрава России

Актуальность и цель: повторные неспровоцированные венозные тромбозы и тромбоэмболические события при неадекватном лечении приводят к формированию тяжелой постэмболической легочной гипертензии и посттромбофлебитическому синдрому. Необходимость длительной, иногда пожизненной, антикоагулянтной терапии, приводит к возникновению жизнеугрожающих геморрагических осложнений. Риск кровотечений повышается именно при продолжительной тромбопрофилактики. В связи с чем, важно для проведения терапии выбирать препараты, снижающие риск кровотечения и достоверно профилактирующие развитие повторных эпизодов тромбоза. Необходимо использовать шкалы, помогающие в оценке данных событий.

Материал и методы: в отделении сосудистой хирургии находились на лечении 115 пациента, перенесших повторный тромбоз в системе нижней полой вены. Всем больным проводилась оценка риска повторного тромбоза с использованием Vienna prediction model. Риск геморрагических осложнений проводился с использованием шкалы VTE-BLEED. Выраженность посттромбофлебитического синдрома (ПТФС) проводилась с использованием шкалы Villalta.

Результаты: первичное консервативное лечение повторного венозного тромбоза, не требующего оперативного лечения или мер хирургической профилактики диагностирован у 76 пациентов. У 12 пациентов тромбоз локализовался в подвздошном сегменте, у 41 в бедренном сегменте и у 22 больных в подколенноберцовом сегменте. Всем больным в остром периоде проводилась антикоагулянтная терапия с использованием прямых (низкомолекулярные гепарины) и оральных антикоагулянтов (прямые ингибиторы тромбина и X фактора). Так как эпизод ВТЭО был повторным, то решено было продолжить антикоагулянтную терапию. Однако у части пациентов был повышен риск геморрагических осложнений, что требовало назначения сулодексида (25 больных) либо аспирина (16 больных). По результатам оценки выраженности ПТФС у пациентов, продолживших терапию антикоагулянтами и получавших сулодексид или аспирин, не наблюдалось достоверной разницы – у всех больных преобладала легкая и средняя степень ПТФС. Геморрагических осложнений не наблюдалось в обеих группах. В одном случае в группе пациентов, получавших аспирин отмечен рецидив тромбоза, потребовавший возобновления терапии оральными антикоагулянтами. По данным ультразвукового исследования восстановление проходимости вен с сохранением клапанной функции в большей степени наблюдалось у пациентов, продолживших лечение сулодексидом.

Выводы: использование шкал оценки риска геморрагических осложнений при проведении антикоагулянтной терапии повторных тромбозов позволяет выбрать адекватную тактику лечения. Степень выраженности ПТФС не зависит от вида проводимой антикоагулянтной терапии. Применение препарата сулодексид сопровождается более полной реканализацией у большей части больных.

32. Результаты применения шейной эпидуральной анестезии с ультразвуковой навигацией при каротидной эндартерэктомии

Томашук Д.И., Простов И.И., Мартынов Д.В., Кательницкий И.И., Гузь В.С., Юдин В.А., Ерошенко О.Л.
Ростов-на-Дону
ФГБОУ ВО РостГМУ Минздрава России

Цель: оценить результаты каротидной эндартерэктомии, выполненной в условиях эпидуральной анестезии, с использованием ультразвуковой (УЗ) навигации в сравнении с методикой блокады глубокого и поверхностного шейных сплетений.

Материалы и методы: под нашим наблюдением находилось 86 пациентов, которым выполнялась каротидная эндартерэктомия. Для участия в исследовании отобрано 24 пациента, от 55 до 65 лет, рандомизированных в две сопоставимые группы: в первой группе каротидная эндартерэктомия выполнялась в условиях эпидуральной анестезии (1 группа) 12 больных, во второй каротидная эндартерэктомия выполнялась в условиях блокады шейного сплетения (2 группа) – 12 больных. Критерии исключения: пероральная антикоагулянтная терапия, оперированные ранее по поводу каротидного стеноза с контралатеральной стороны. Перед операцией проводилось УЗИ сканирование зоны пункции, аппаратом Sonosite MicroMaxx, датчик 2-5 МГц. Визуализировались остистые отростки позвонков, желтая связка и твердая мозговая оболочка, оценивалось расстояние между соседними остистыми отростками и измерялось расстояния от кожи до эпидурального пространства. Далее пунктировалось и катетеризировалось эпидуральное пространство в промежутке С3-С4, катетер заводился на глубину 3 см. В группе №2 выполнялась блокада глубокого и поверхностного шейных сплетений. Помимо стандартного мониторинга интраоперационно проводился инвазивный контроль артериального и центрального венозного давления, газов крови, церебральная оксиметрия.

Результаты: всем пациентам была успешно выполнена операция каротидная эндартерэктомия. Геморрагических и неврологических осложнений не было. Гемодинамика, неврологический статус, показатели церебральной оксиметрии оставались в допустимых пределах. В обеих группах на этапе кросс-кламп внутренней сонной артерии использовалась инфузия катехоламинов. У всех пациентов в 1 группе выполнена пункция эпидурального пространства под УЗ навигацией. Пункция выполнена в 11 случаях с первой попытки, в одном со второй попытки. Во всех случаях пункция выполнялась из точки, определенной при помощи УЗИ навигации, в одном случае потребовалась повторная попытка с перенаправлением хода иглы. Интраоперационный неврологический контроль проведен у 22 пациентов, у 2 (17%) пациентов во 2 группе в полной мере выполнить не удалось в связи с чрезмерной седацией. Дополнительная инфильтрация раствора новокаина проводилась у троих пациентов в 2 группе (25%), в 1 группе местные анестетики не использовались. Показатели церебральной оксиметрии, после пережатия внутренней сонной артерии снижались на 7% - 18% от исходного уровня и восстановились до дооперационного уровня при восстановлении кровотока. Обсуждение: в группе эпидуральной анестезии (1 группа) неврологическое тестирование интраоперационно выполнили все больные, в отличие от группы блокады шейного сплетения. Никто из пациентов 1 группы во время операции не отмечал боли и дискомфорта, в отличие от больных 2 группы (блокада шейного сплетения), где потребовалась дополнительная инфильтрация местного

анестетика, и более глубокая седация. Геморрагических и неврологических осложнений в обеих группах не было.

Выводы: анестезия с использованием цервикальной эпидуральной блокады при операциях каротидной эндартерэктомии позволяет проводить адекватный интраоперационный неврологический контроль, также позволяет снизить послеоперационные осложнения. Ультразвуковая навигация позволяет сделать данную методику анестезии эффективной и безопасной.

ОНКОЛОГИЯ

1. Гигантские гастроинтестинальные стромальные опухоли желудка

Чернат М.В.¹, Анточ Ю.Ф.¹, Мишин И.В.^{2,3}

Кишинев, Молдова

¹Отдел торако-абдоминальной хирургии, НИИ онкологии

²Государственный Университет Медицины и Фармации им. Н. Тестемицану кафедра хирургии № 1 им. Н. Анестиади, Лаборатория гепато-панкреато-билиарной хирургии

³Институт ургентной медицины, Кишинев, Молдова

Введение: гастроинтестинальные стромальные опухоли (ГИСО) являются наиболее частыми в группе мезенхимальных неоплазм и в 60–70% случаев локализуются в желудке. Гигантские (>20 см) ГИСО желудка достаточно редкий феномен и в специализированной литературе описаны лишь единичные наблюдения.

Цель исследования: изучить особенности клинических манифестаций, гистологических и иммуногистохимических особенностей гигантских ГИСО желудка, а также оценить результаты хирургического и комбинированного лечения.

Материалы и методы: проведен анализ базы данных 65 случаев ГИСО желудка (c-kit/CD117) позитивных по данным иммуногистохимического исследования), оперированных с 2007 по 2018 гг.

Результаты: гигантские ГИСО желудка наблюдались в 8(12.3%) случаях, соотношение М:Ж–1.7:1, средний возраст 58.9±1.4 лет (95% CI:55.58–62.17). Во всех случаях основными клиническими манифестациями отмечены: боли, увеличение в объеме и асимметрия живота и пальпируемая опухоль. При компьютерной томографии (КТ) гигантские ГИСО характеризовались: солидные, внепросветные опухоли с максимальным размером 24±1.3 см (95% CI:20.97-27.03) и минимальным – 17.8±2.2 см (95% CI:12.66-22.84), в 75% случаев – значительные участки внутриопухолевых некрозов и кровоизлияний. Метастазы на момент диагностики гигантских ГИСО желудка отмечены в 2(25%) случаях. Выполнены различные по объему оперативные вмешательства: субтотальная резекция желудка (n=4), ограниченная резекция желудка (n=3) и иссечение ГИСО передней стенки желудка (n=1). Во всех случаях расценена как R0 резекция, лимфодиссекция не выполнялась. Иммуногистохимический профиль гигантских ГИСО желудка: CD117(c-kit)(+) – 8(100%), CD34(+) – 6(75%), виментин(+) – 7(87.5%), SMA(+) – 5(62.5%), десмин(+) – 1(12.5%), S-100(+) – 1(12.5%) и NSE – zero. Среднее количество митозов составило 26.6±9.3 (95% CI:4.72–48.52), более того гигантские ГИСО желудка с высоким индексом митозов (>5/50HPF) преобладали над опухолями с низким индексом (<5/50HPF) – 6(75%) vs. 2(25%). Прогрессирование заболевания - в 5(62.5%) случаях. Комбинированное лечение (хирургическое + таргентная терапия с imatinib mesilat) – 8(100%) пациентов.

Выводы: ГИСО желудка гигантских размеров (>20 см) характеризуются: (1) преимущественно экстрагастральным ростом; (2) наличием значительных очагов некрозов и кровоизлияний внутри опухоли по данным КТ; (3) в двух третях случаев – опухоли с высоким риском прогрессирования. Хирургическое лечение с последующей терапией гливеком является наиболее адекватным методом при гигантских ГИСО желудка.

2. Гастроинтестинальные проявления нейрофиброматоза I типа

Гидирим Г.П.¹, Мишин И.В.^{2,3}, Рожновяну Г.А.¹, Чернат М.В.⁴, Шор Э.М.^{1,3}, Георгица В.А.²

Кишинев, Республика Молдова

¹Кафедра хирургии №1 им. «Николая Анестиади» Государственный Университет Медицины и Фармации им. «Николая Тестемицану»

²Лаборатория гепато-панкреато-билиарной Хирургии

³Институт ургентной медицины

⁴Институт Онкологии

Введение: нейрофиброматоз I типа (НФ I) или болезнь фон Реклингхаузена представляет собой наиболее распространенную форму бластоматоза, в основе которого лежит сочетанное поражение нервной системы, кожи, нарушения со стороны внутренних органов, эндокринной, а также костной систем. Данное заболевание характеризуется аутосомно-доминантным типом наследования и пенетрантностью, близкой к 100%, высокой частотой возникновения новых мутаций (примерно в 50% случаев мутация возникает *de novo*). Частота встречаемости НФ I равна 1: 3000 населения. Причина развития нейрофиброматоза связана с мутацией гена NF1 (17q11.2), являющегося хранителем клеточного цикла. Данный ген состоит из 60 экзонов, протяженностью в 350 тысяч пар нуклеотидов и кодирует цитоплазматический онкоспурессор – нейрофибромин и экспрессируется в различных тканях. Его протяженность и высокая организация служит причиной высокой частоты возникновения мутаций. У больных с НФ I описано более 500 различных генных мутаций в данной хромосоме. Заболевание характеризуется выраженным клиническим полиморфизмом, прогрессирующим течением, поражением различных органов и систем, среди которых поражения желудочно-кишечного тракта составляют до 25%.

Материал и методы: в данной работе представляем 3 клинических наблюдения нейрофиброматоза I типа с гастроинтестинальными проявлениями.

Результаты: все наблюдаемые с НФ I типа пациенты (n=3) мужского пола в возрасте 40 – 65 лет. Случай №1: 65-летний больной госпитализирован с выраженной болью в области живота и потерей веса. Выявлены множественные гастроинтестинальные стромальные опухоли (ГИСО) желудка (CD117 ++ Ki-67 24,7%). У данного пациента выполнена субтотальная резекция желудка. Случай №2: Пациент в возрасте 40 лет поступил в больницу с клинической картиной, характерной для перфорации кишечника и гемоперитонеума. Во время операции обнаружены множественные ГИСО тощей кишки (CD117 ++). Произведена резекция кишечника с наложением анастомоза "конец в конец". У данного больного спустя 8 лет была проведена повторная операция вследствие кишечной непроходимости. Случай №3: 52-летний больной с множественными ГИСО тощей кишки (CD117 +++, CD34 +++) в сочетании с нейроэндокринной опухолью малого дуоденального сосочка (NSE + Chromogranin A +) был госпитализирован с клинической картиной, характерной для высокой кишечной непроходимости. Пациент был прооперирован с выполнением панкреатодуоденальной резекции (Kausch-Whipple).

Выводы: нейрофиброматоз I типа является генетическим синдромом, предрасполагающим к развитию доброкачественных и злокачественных опухолей. ГИСО чаще всего возникают спорадически, но существует определенная повышенная тенденция к этим опухолям у пациентов с нейрофиброматозом данного типа.

3. Коррекция железодефицитных состояний у пациентов с оперированным колоректальным раком, получающим химиотерапию

Костюченко Л.Н., Круглов А.Д., Марфутов В.В., Носкова К.К., Лычкова А.Э.
Москва

ГБУЗ Московский клинический научный центр им. А.С.Логина

Актуальность. Химиотерапия (ХТ) в структуре лечения колоректального рака (КРР), как известно, значительно влияет на нутритивный статус пациента и связанный с ним баланс железа. Известно, что дефицит данного микроэлемента может проявляться в

виде прелатентного, латентного и манифестированного дефицита. Предложены различные препараты для коррекции недостаточности железа. Однако, возможности использования феррумсодержащих составов нутритивного действия при различных формах железодефицитных состояний (ЖДС) в комплексном лечении пациентов с оперированным КРР, получающим ХТ, не уточнялись.

Цель работы - совершенствование адьювантной коррекции ЖДС и нутритивной недостаточности (НН) у больных с оперированным КРР, получающих ХТ.

Материал и методы. Из пациентов с КРР различных стадий (T1-2N0-1M0-1; T3-4N1-2M0-1) были выделены три группы: 1) пациенты, подлежащие хирургическому лечению, 2) получающие адьювантную и неоадьювантную химиотерапию и 3) находящиеся на паллиативном лечении. Для оценки НН использовали критерии алиментационно-волемического диагноза (АВД) и NRS-2002. Помимо стандартных методов использован метод биоимпедансометрии состава тела. Нутриционный риск (НР) оценивали по NRI. Потребности в пластическом и энергетическом компонентах определяли расчетным путём. Статобработку выполняли с использованием программы Статистика-17.

Результаты и обсуждение. В первой и второй группах кахексия практически не встречалась, а НН выражалась в саркопении и нарушении соотношения тощей и жировой массы. Отмечалось перераспределение водных разделов, повышенное потребление энергии (ОРЭ/РЭП = 1,24 вместо 1,5), угнетение функционального резерва органов, лимитирующих усвоение питательных веществ. Пациенты, находившиеся на лечении в МКНЦ с КРР раком T2-T3NoM0 с белково-энергетической недостаточностью (БЭН) I степени, составили 53% от всех онкопациентов с КРР, БЭН II степени - 37,5% и лишь 9,4% имели III степень БЭН. I-ой и II группам пациентов удавалось корригировать ЖДС и удерживать алиментационно-волемический статус смесями нутритивного действия, содержащими железо, с учётом степени угнетения пищеварительно-транспортных процессов. Большинство же пациентов, нуждавшихся в нутритивной коррекции и наблюдавшихся нутрициологом, имели T3-T4 стадии с метастатическим или неметастатическим раком. При этом выявленная корреляция между стадией канцеропроцесса и тощей массой тела составила 0,07. У пациентов с высоким НР отмечалось также повышение уровня внеклеточной воды, угнетение функции печени, лимфопения. Отмечалась тенденция к развитию анемий лёгкой степени и тромбоцитозу. При раке ободочной кишки и ректосигмоидного соединения pT4N0 или pT4N+, а также с pT3N0M0 и негативным прогнозом и с учётом уровня микросателлитной нестабильности (MSI) у больных дополнительно возникали элементы интоксикации за счёт ХТ (тошнота, повышенный ЛИИ, некоторое повышение АСТ и АЛТ), повышенная потребность в белке, четко отслеживались проявления анемии. Этой группе пациентов целесообразно было дополнительно применять феррумсодержащие препараты преимущественно с сорбированным железом на специальной матрице (монофер, ферриджект и др.). Паллиативные пациенты (т.е. лица в терминальной стадии процесса) отличались развитием различных стадий кахектического процесса. Программа коррекции нутриционного статуса у них носила поддерживающий характер, но учитывала, тем не менее, параметры алиментационно-волемического диагноза.

Вывод. Диагностика НН не может быть проведена только по ИМТ и NPS-2002: необходимо оценивать состояние органов, лимитирующих усвоение питательных веществ, саркопению и состав тела. Реабилитационные программы нутриционной поддержки должны опираться на объективные характеристики нутритивного статуса, учитывать возможности усвоения нутриентов в различных отделах желудочно-кишечного тракта как фактор персонализированного подхода к энтеральной алиментации (особенно при применении FAST-TRACK технологии). Для различных групп пациентов (подлежащих только хирургической реабилитации, получающих химиотерапию, паллиативную нутриционную поддержку) целесообразно использовать различные персонализированные схемы алиментационной коррекции.

4. Значение интегральных гематологических индексов в оценке тяжести синдрома эндогенной интоксикации у женщин с воспалительными заболеваниями молочных желез

Шестопалова А.Д.

Донецк

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького»

Актуальность. Повышенный интерес к изучению различных аспектов физиологии и патологии молочных желез (МЖ) обусловлен увеличением частоты заболеваний у женщин репродуктивного возраста. У больных с гинекологическими заболеваниями и нейроэндокринными нарушениями патологическая перестройка МЖ может выявляться в 85 и 97% случаев соответственно. Некоторые воспалительные заболевания молочных желез (ВЗМЖ) клинически и рентгенологически имеют сходство с раком молочной железы (РМЖ). Риск развития РМЖ возрастает в 3–5 раз на фоне воспалительных и дисгормональных заболеваний МЖ, особенно в сочетании с болезнями репродуктивных органов либо нейроэндокринными нарушениями и возникновением синдрома эндогенной интоксикации (СЭИ). В современном понимании СЭИ – сложный многофакторный аутокаталитический процесс, приобретающий с течением времени универсальный характер, зависящий от запустивших его механизмов. Повреждающими агентами становятся несбалансированно действующие биологически активные вещества, которые приобретают свойства эндотоксинов. Клиническим проявлением СЭИ следует считать напряженное функционирование и последующую дисфункцию основных интегральных систем организма, которое, в конечном итоге, становится основополагающим фактором развития органной недостаточности, определяющей в подавляющем большинстве случаев исход заболевания. На разных стадиях воспаления регуляторное действие исполняют разные пулы иммунокомпетентных клеток; то есть, по изменениям лейкоцитарной формулы с учетом других гематологических показателей можно судить о выраженности воспалительного процесса и тканевой деградации, о взаимоотношении гуморального и клеточного звеньев иммунной системы и уровне эндогенной интоксикации, а также дифференцировать ауто- и инфекционный процессы. Интегральные гематологические индексы (ИГИ) в силу простоты расчетов и информативности обладают диагностической и прогностической значимостью. Объективная оценка состояния тяжести пациентов, функционального состояния внутренних органов имеет большое значение для прогнозирования течения ВЗМЖ и возникновения возможных осложнений, а также для выработки оптимальной лечебной тактики.

Цель работы. Обозначить роль ИГИ в оценке тяжести СЭИ у женщин с ВЗМЖ.

Материал и методы. Обследовано 112 женщины с ВЗМЖ. На основании комплексной клинической, ультразвуковой и морфологической картины были сформированы 2 группы. 1ую исследуемую группу составили 62 женщины с ВЗМЖ (средний возраст - $39 \pm 1,5$ года): киста с воспалением (40,3%), перидуктальный мастит (29%), гнойный галактофорит (14,5%), абсцесс (11,2%), атерома с воспалением (4,8%). Во 2ую исследуемую группу вошли 50 пациенток с РМЖ (I-IIa стадия), средний возраст - $51 \pm 0,8$ лет. В группу контроля были включены 33 практически здоровые женщины (средний возраст - $35 \pm 3,1$ лет). У всех больных производился забор крови для развернутого гематологического анализа с подсчетом количества эритроцитов, лейкоцитов, тромбоцитов и определения скорости оседания эритроцитов (СОЭ), большое внимание уделяли исследованию лейкоцитарной формулы. В работе были использованы следующие ИГИ: лейкоцитарный индекс интоксикации (ЛИИ), ядерный индекс интоксикации (ЯИИ) по Даштаянц Г.А., гематологический показатель интоксикации (ГПИ) по Васильеву В.С. и Комарову В.И., индекс сдвига лейкоцитов (ИСЛК) по Яблучанскому Н.И., лимфоцитарный индекс (ЛИ), индекс иммунореактивности (ИИР) по формуле Иванова Д.О., индекс адаптации (СПНР) по

Гаркави А.Х., лимфоцитарный индекс (ИСНЛ) по формуле Угрюмова В.М., лимфоцитарно-гранулоцитарный индекс (ИЛГ), индекс соотношения лейкоцитов и СОЭ (ИСЛЦСОЭ), индекс соотношения лимфоцитов и СОЭ (ИСЛФСОЭ). Результаты и обсуждение. При анализе гемограмм на момент госпитализации больных показатели лейкоцитарной формулы и СОЭ оценивались каждый «изолированно». Отмечалось повышение СОЭ и количества лимфоцитов, сегментоядерных нейтрофилов у 37% больных с ВЗМЖ. У лиц с РМЖ I-Па стадии СОЭ была повышена в 36% случаев, моноцитоз - в 31%, повышение числа палочкоядерных нейтрофилов - в 22%, лимфоцитоз - в 23%, базофилоцитоз - в 12% случаев. По показателям лейкоцитарной формулы и СОЭ с использованием значений гематологических индексов интоксикации (ЛИИ, ЯИИ, ГПИ, ИСЛК), индексов неспецифической реактивности (ЛИ, СПНР, ИИР, ИСНЛ), индексов активности воспаления (ИЛГ, ИСЛФСОЭ, ИСЛЦСОЭ) проводилась интегральная оценка общего состояния организма пациенток. Значения показателей индексов группы контроля принимали за норму. При оценке состояния индексов интоксикации наблюдалось достоверное повышение ЛИИ на 30%, ГПИ на 35%, ИСЛК на 42% у больных с ВЗМЖ. При анализе данных у больных РМЖ (I- Па стадии) отмечено повышение ЯИИ почти в 2 раза, ЛИИ на 24%, ГПИ на 34%, ИСЛК - на 35%. Наибольшую информативность в диагностике ВЗМЖ показали - ЛИИ и ИСЛК, в диагностике ранних стадий РМЖ - ЯИИ. Рост ЯИИ свидетельствовал об усилении регенеративной активности костного мозга, а клинически соответствовал средней степени тяжести (0,3-1,0) состояния больных с РМЖ. При анализе индексов неспецифической реактивности при ВЗМЖ было выявлено достоверное снижение ЛИ на 21% и СПНР на 23%. Эти индексы у больных с РМЖ приближались к показателям нормы, соответствуя удовлетворительному состоянию реактивности организма, что свидетельствовало об активации и напряжении адаптационных механизмов. ИСНЛ отражал нарастающую активность гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой системы у больных с заболеваниями МЖ, о чем можно было судить по повешению во всех исследуемых группах почти в 1,5 раза. ИИР отмечался снижением значения только среди больных с РМЖ, что являлось свидетельством о снижении концентрации продуцентов лимфокинов. Снижение ИЛГ у пациентов с ВЗМЖ свидетельствовало преимущественно об инфекционной этиологии. ИСЛЦСОЭ, ИСЛФСОЭ в большинстве случаев соответствовали допустимым значениям у больных РМЖ. На основании полученных данных интегральных показателей расширенного общего анализа крови, у больных с ВЗМЖ и на ранних стадиях РМЖ в начале лечения отмечается умеренно выраженная ЭИ, активный воспалительный процесс и активация компенсаторных механизмов эндотоксикоза.

Выводы. Гематологические индексы показали свою информативность в интегральной оценке состояния больных с заболеваниями МЖ, отражая выраженность СЭИ, колебания показателей иммунной системы и адаптационные возможности организма. Они могут быть полезными в ранней дифференциальной диагностике РМЖ и определении тактики ведения больных с ВЗМЖ, особенно на амбулаторном этапе первичного врачебного звена.

5. О медико-статистических показателях надлежащего качества оказания медицинской помощи больным неоплазиями мочеполовой сферы в Санкт-Петербурге

Мовчан К.Н.^{1,2}, Чернов К.Е.^{1,2}, Хижа Вал.Вас.¹, Артюшин Б.С.^{1,2}, Татаркин В.В.^{1,2},
Русакевич К.И.², Хижа Вит.Вал.²

Санкт-Петербург

¹СПБ ГБУЗ «Медицинский информационно-аналитический центр»

²ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова»

Актуальность. Увеличение численности контингента больных злокачественными неоплазиями мочеполовой системы констатируется во всех государствах мира. Поэтому специальный целенаправленный мониторинг индикаторных статистических показателей качества противораковой борьбы при этой патологии представляет особый интерес.

Цель исследования: оценить индикаторные медико-статистические показатели деятельности специалистов здравоохранения Санкт-Петербурга при оказании медицинской помощи больным злокачественными неоплазиями мочеполовой системы.

Материалы и методы. Изучены данные о 9 899 наблюдениях об основных злокачественных новообразованиях мочеполовой системы: почек, мочевого пузыря, предстательной железы по сведениям СПб ГБУЗ «Медицинский информационно-аналитический центр» за период 2016-2018 гг. из статистической формы 7.

Результаты исследования и их обсуждение. Удельный вес случаев злокачественных неоплазий почек среди жителей Санкт-Петербурга за последние три года численно вырос минимально (2013 и 2017 г. – 969 и 984 наблюдений соответственно). «Грубый» показатель заболеваемости этой категории больных остается стабильным (в 2016 г. составил 18,90/0000, в 2017 г. – 18,40/0000). Стандартизованный параметр заболеваемости сопоставим с общероссийским (в 2017 г. – 10,20/0000, по РФ – 10,30/0000). Индикатор заболеваемости жителей Санкт-Петербурга раком мочевого пузыря в целом сохраняется неизменным. В 2018 г. он составил 14,20/0000 (в 2016 и 2017 г. – не превышал 13,90/0000 и 14,30/0000 соответственно), в РФ – 11,70/0000. Показатель заболеваемости жителей Санкт-Петербурга злокачественными неоплазиями предстательной железы в 2018г. составила 66,30/0000. Как и в целом по РФ, в динамике он увеличивается: в 2016 г. – 56,50/0000, в 2017 г. – 59,90/0000. Последнее объясняется возросшими возможностями скрининга опухолей до госпитализации пациентов. Количество наблюдений злокачественных новообразований почек I-II стадий в 2018 г. составило 71,1% (в 2016 – 65,4%, в 2017 – 71,3%), аналогичный показатель в РФ в 2017 г. – 63,9%. Верификация рака мочевого пузыря у больных на начальных стадиях онкопроцесса в 2018 г. составила 80,2% (в 2016г. – 75,1%, в 2017 г. – 78,9%). Частота случаев рака мочевого пузыря IV стадии, в сравнении с другими злокачественными неоплазиями, в Санкт-Петербурге значительно ниже. В 2018 г. удельный вес контингента таких пациентов составил 6,7%. Этот параметр в Санкт-Петербурге в 2017 г. ниже российского (9,9%). Показатель численности случаев локализованных форм рака предстательной железы в 2016-2018 гг. составила 59,1-63,2% соответственно. Вероятно, возрастание количества наблюдений рака предстательной железы на ранних стадиях онкопроцесса произошло по причине вооруженности онкологов за счет модернизации технологий специальной диагностики. Стандартизованный показатель смертности при злокачественных новообразованиях почек среди населения города в 2017 г. сопоставим с аналогичным в РФ (3,30/0000 и 3,10/0000 соответственно). По сравнению с 2016 г. удельный вес контингента жителей Санкт-Петербурга, больных раком мочевого пузыря, состоящих на учете 5 лет и более, в 2016-2018 гг. несколько увеличился (2016 г.– 54,3%, 2017 г. – 55,2%, 2018 г. – 55,9%) в связи с использованием эндоскопических и других современных технологий. Показатель одногодичной летальности при раке мочевого пузыря в Санкт-Петербурге в 2018 г. составил 12,1%, а в 2017 г. – 14,9%. Численность группы больных злокачественными неоплазиями предстательной железы, состоящих на учете 5 лет и более в Санкт-Петербурге, с 2016 г. увеличилась (2016 г. – 43,9%, 2017 г. – 45,9%, 2018 г. – 46,2%). Это, вероятно, также обусловлено улучшением качества обследования и лечения больных за счет использования лапаро- и робототехники. По РФ в 2017 г. аналогичный показатель составил 39,6%. Индикатор одногодичной летальности при раке мочевого пузыря в Санкт-Петербурге в 2018г. составил 8,4%, что ниже, чем в 2017 г. – 9,6% (по РФ в 2017 г. – 8,1%).

Выводы. 1) По медико-статистическим показателям деятельности онкологов Санкт-Петербурга при оказании медицинской помощи больным злокачественными неоплазиями мочеполовой системы оказывается возможным признать уровень качества обследования и лечения населения города при данной патологии надлежащим; 2)

дальнейшее улучшение результатов обследования и лечения пациентов неоплазиями мочеполовой системы, вероятно, целесообразно сопрягать с дифференцированными подходами в тактике оказания медицинской помощи этой категории больных в ракурсе рубрики «Заболевания урологического профиля»; 3) базисные общехирургические постулаты лечения пациентов с опухолями почек, мочевого пузыря и предстательной железы должны оставаться неизменными.

6. Основные показатели хирургического лечения пациенток с заболеваниями молочных желез в стационарах российского мегаполиса

Романенков Н.С., Алексеев П.С., Мовчан К.Н., Морозов Ю.М., Артюшин Б.С.,
Гедгафов Р.М.
Санкт-Петербург

СПб ГБУЗ «Медицинский информационно-аналитический центр»

Актуальность проблемы. Показатель заболеваемости женщин патологией молочных желез (МЖ), при которой применяются хирургические технологии лечения, не снижается. В Санкт-Петербурге количество операций, выполняемых пациенткам при заболеваниях МЖ, в том числе в формате оказания высокотехнологичных видов медицинской помощи (ВтВМП), ежегодно возрастает. Поэтому изучение основных параметров, отражающих эффективность хирургического лечения пациенток с заболеваниями МЖ – актуальная задача современной науки в ракурсе оценки качества оказания медицинской помощи (МП) этому контингенту больных. Данные о результатах применения хирургических технологий при патологии МЖ также необходимы для планирования целевых показателей обследования и лечения жительниц мегаполиса.

Цель работы: сравнить основные показатели хирургического лечения пациенток с заболеваниями МЖ при оказании МП в клиниках Санкт-Петербурга в течение периода развития здравоохранения после исполнения программы его модернизации.

Материалы и методы. Проведено ретроспективное когортное исследование. Используя базу данных СПб ГБУЗ «Медицинский информационно-аналитический центр» получены сведения об основных параметрах оказания МП пациенткам с патологией МЖ в стационарах (МО) Санкт-Петербурга в 2016, 2018 гг. Проанализированы данные о 12 172 наблюдениях хирургического лечения женщин, обратившихся за МП в связи с патологическими изменениями МЖ. Статистические показатели рассчитаны с помощью программы Statistica 12, Excel 2016 для Windows.

Результаты и обсуждение. Общее количество хирургических вмешательств при заболеваниях МЖ, выполненных в стационарах МО Санкт-Петербурга, в 2018 г. оказывается на 950 (17%) случаев больше, чем в 2016 г. – 6 561 и 5 611 случаев, соответственно ($p < 0,05$). Суммарное число операций, проведенных в формате оказания пациенткам ВтВМП за анализируемый временной интервал увеличилось более чем в 2 раза, составив в 2018 г. 2 360 вмешательств в год ($p < 0,05$). Осложненное течение послеоперационного периода в годы исследования констатировано с одинаковой частотой, не превышая 0,2% клинических наблюдений ($p > 0,05$). Как в 2016 г., так и в 2018 г. 70% операций на МЖ выполнены пациенткам по поводу злокачественных новообразований (ЗНО) МЖ – 3 868 из 5 611 и 4 539 из 6561 случаев, соответственно. При этом в 2018 г. количество хирургических вмешательств, осуществленных пациенткам по причине злокачественных неоплазий МЖ, увеличилось на 671 (17%) клиническое наблюдение по сравнению с данными 2016 г. Удельный вес операций по поводу ЗНО МЖ в общей структуре хирургических интервенций, выполненных пациенткам по поводу онкологической патологии в анализируемый период достиг 10% клинических наблюдений. Операции на МЖ в каждом 2-ом случае выполнялись женщинам трудоспособного возраста. Этот показатель к 2018 г. увеличился на 959 (34%) наблюдений ($p < 0,05$). Частота оказания ВтВМП пациенткам трудоспособного возраста при заболеваниях МЖ превышает 50% случаев. Параметр послеоперационной

летальности в группах исследования констатирован на уровне 0,285% в 2016 г. и 0,015% в 2018 г.

Выводы. Анализ полученных данных позволяет заключить, что выполнение хирургических технологий лечения больных патологией МЖ – востребованный вид медицинской деятельности, т.к. показатель частоты осуществления таких операций не имеет тенденции к снижению в динамике. Это может быть связано с увеличением параметров заболеваемости женского населения патологией МЖ. Оказание ВтВМП пациенткам с морбидными состояниями МЖ – неотъемлемая часть хирургического лечения этого контингента больных. С учетом показателей частоты осложнений и летальности после операций на МЖ, можно констатировать, что в Санкт-Петербурге хирургическое лечение пациенток с патологией МЖ осуществляется качественно и относительно безопасно, что свидетельствует о надлежащей организации оказания МП женщинам с заболеваниями МЖ в административном центре Северо-Западного федерального округа России.

7. Параметры выполнения реконструктивных операций на молочной железе после мастэктомии по поводу рака

Романенков Н.С., Хижа Вал.Вас., Мовчан К.Н., Артюшин Б.С., Жарков А.В., Гедгафов Р.М., Яковенко О.И., Хижа Вит.Вас.

Санкт-Петербург

СПб ГБУЗ «Медицинский информационно-аналитический центр»

Актуальность проблемы. Показатели заболеваемости женского населения раком молочной железы (РМЖ) не снижаются не только в России, но и в других странах мира. Злокачественные новообразования (ЗНО) молочных желез (МЖ) занимают лидирующее место в общей структуре онкологической патологии, верифицируемой у женщин. Применение хирургических технологий оказания медицинской помощи (МП) больным РМЖ – неотъемлемый компонент комбинированного лечения этого контингента пациентов. Выполнение органосберегающих, онкопластических операций при лечении пациенток с ЗНО МЖ – отчетливый тренд в современной маммологии. В то же время, количество случаев осуществления мастэктомии (МЭ) в качестве хирургического этапа комбинированного лечения больных ЗНО МЖ не уменьшается даже в специализированных медицинских организациях (МО). Поэтому изучение базисных параметров проведения реконструктивных операций на МЖ после МЭ по поводу рака – актуальная задача современной маммологии, пластической хирургии.

Цель работы. Проанализировать базисные параметры выполнения реконструктивных хирургических вмешательств на МЖ жительницам Санкт-Петербурга после МЭ по поводу рака.

Материалы и методы. Проведено ретроспективное когортное исследование, в ходе которого из базы данных СПб ГБУЗ «Медицинский информационно-аналитический центр» выбраны данные о жительницах Санкт-Петербурга, у которых в 2011-2012 гг. впервые диагностирован РМЖ, а в 2011-2017 гг. проведены реконструктивные хирургические вмешательства на МЖ в формате оказания высокотехнологичных видов медицинской помощи (ВтВМП). Диагноз ЗНО МЖ во всех случаях установлен на основании результатов морфологического исследования. Проанализированы данные о 164 пациентках, перенесших реконструкцию МЖ после МЭ. Возраст колебался от 25 до 80 лет (в среднем – 47 лет, стандартное отклонение 10,08). Статистическая обработка данных выполнена посредством программ Statistica 12 для Windows, «Популяционный раковый регистр».

Результаты и обсуждение. Удельный вес случаев билатерального РМЖ составил 6,7%, а в 93,3% клинических наблюдений очаг роста злокачественной неоплазии располагался в одной из МЖ. При исследовании микропрепаратов в 20 раз чаще, чем дольковой формы опухоли, выявлены морфологические признаки инфильтрирующей

протоковой карциномы – 85,4% (140/164) и 4,3% (7/164) случаев, соответственно. У 67,7% (111/164) пациенток размеры опухоли МЖ не превышали 5,0 см. ЗНО МЖ I-II-й стадии неопластического процесса констатированы в 71,3% клинических наблюдений. Частота случаев РМЖ III стадии – 28%. Во всех наблюдениях потребовалось комбинированное лечение больных, осуществленное радикально. Из общего количества хирургических вмешательств, выполненных жителям Санкт-Петербурга по поводу РМЖ в 2011 - 2012 гг. (3 139 операций), одномоментное (63 - 2%) и отсроченное (101 - 3,2%) восстановление МЖ проведено в 164 (5,2%) клинических наблюдениях. Протезирование МЖ с применением силиконовых имплантов и экспандеров проводилось в 3 раза чаще, чем реконструктивные операции с использованием аутологичных тканей. Выводы. Оценка основных показателей выполнения реконструктивных операций на МЖ после МЭ по поводу рака позволяет аргументированно полагать, что протезирование МЖ – необходимый и востребованный компонент хирургической реабилитации больных ЗНО МЖ. Учитывая рост показателей заболеваемости жительниц Санкт-Петербурга РМЖ, отсутствие тенденции к снижению удельного веса случаев выполнения МЭ по поводу рака, а также увеличение параметров 5-летней выживаемости (79,3% в группе исследования), вероятность потребности горожанок в протезировании МЖ возрастает. Последнее должно учитываться при планировании целевых объемов оказания МП жителям административного центра Северо-Западного федерального округа России.

8. Возможности оказания хирургической помощи больным с ранними формами периферического рака легкого и низкими функциональными резервами

Рамазанов Э.Н., Толстокоров А.С., Дергунова С.А.
Саратов

ФГБОУ ВО Саратовский ГМУ им В.И. Разумовского Минздрава РФ

Оказание хирургической помощи больным раком легкого с низкими функциональными показателями является сложной задачей, так как утяжеляет прогноз лечения. Распространенность КТ-установок, их доступность за последние годы привели к выявлению рака легкого в более ранних стадиях. Исходя из этого целью настоящего исследования является улучшение непосредственных и отдаленных результатов хирургического лечения раннего рака легкого у лиц с ограниченными функциональными резервами. Работа выполнена на кафедре хирургии и онкологии Саратовского государственного медицинского университета. Проведен анализ результатов хирургического лечения 279 больных со злокачественными новообразованиями легких в начальных стадиях (сT1a-c) с 2010 по 2019 г. У всех больных выявлены нарушения ФВД по данным спирографии. Стандартным методом радикального хирургического вмешательства в данном случае является расширенная лобэктомия, которую мы в последние годы в рамках оказания высокотехнологичной медицинской помощи выполняем торакоскопически, что снижает операционную травму, снижает количество послеоперационных осложнений (летальных исходов мы не наблюдали), ускоряет сроки реабилитации больного. Однако даже при использовании малоинвазивных технологий процент осложнений достаточно высок, что обусловлено исходными низкими показателями дыхательной системы. Все это толкнуло на поиск новых путей снижения осложнений при сохранении радикальности оперативного вмешательства. Одним из таких методов считаем выполнение типичных сегментарных резекции с лобассоциированной лимфодиссекцией. Радикальность операции несомненна, так как данная резекция анатомична, удаляются все регионарные лимфатические узлы (корень доли, корень легкого, средостение), выполняется цитологическое исследование по краю резекции. При этом функционально полноценная легочная ткань сохраняется. Данные оперативные вмешательства также выполняются с использованием малоинвазивных технологий. За данный период у больных с ранними формами рака легкого выполнено

117 открытых лобэктомий, 136 видеоторакоскопических лобэктомий и 16 сегментэктомий с использованием видеоэндоскопических технологий. При анализе ближайших результатов получены обнадеживающие данные. Если после открытых операций осложнения различной категории наблюдались у 4,2%, после торакоскопических лобэктомий в 2,2%, то после сегментарных резекций с лобассоциированной лимфодиссекцией послеоперационных осложнений мы не наблюдали. Анализ спирометрических данных после этих операций после купирования послеоперационного болевого синдрома показал отсутствие снижения рестриктивных показателей. Отдаленные результаты пока не получены, однако работа в этом направлении продолжается и полученные данные будут представлены в последующих публикациях.

Таким образом, использование сегментарных резекций с лобассоциированной лимфодиссекцией при оказании хирургической помощи больным с ранними формами периферического рака легкого и низкими функциональными резервами может значительно улучшить ближайшие и отдаленные результаты лечения.

9. Клинические наблюдения лейомиом кишечника с urgentными хирургическими осложнениями

Ломаченко Ю.И.^{1,2}

Смоленск

¹ФБГОУ ВО СГМУ Минздрава России

²ОГБУЗ «Клиническая больница скорой медицинской помощи»

Актуальность проблемы. Редкость патологии, диагностические трудности и разнообразие клинических проявлений осложнённых лейомиом кишечника определяют практическую значимость проблемы в рамках обмена хирургическим опытом.

Цель исследования. Основываясь на знаниях о патологии, возможных клинических проявлениях лейомиом кишечника и требуемом объёме дифференциальной диагностики, предупредить возможные ошибочные диагностические и лечебные действия.

Материал и методы. Анализу подвергнуты данные клинического обследования, до- и послеоперационного ведения больных С-ва Я.С., 86 лет (и/б №№ 24406/18; 25666/18; диагноз: «Лейомиома тощей кишки, осложнённая рецидивирующей кишечной непроходимостью») и Б-ва И.А., 30 лет (и/б № 10183/19; диагноз: «Лейомиома червеобразного отростка, острый гангренозно-перфоративный аппендицит, периаппендикулярный абсцесс, тифлит, диффузный перитонит), находившихся на лечении в отделении неотложной хирургии №2 КБСМП г. Смоленска (клиника госпитальной хирургии ФБГОУ ВО СГМУ Минздрава России).

Результаты и обсуждение. Больной С-ков Я.С., первично госпитализирован с диагнозом тонкокишечной непроходимости и выписан по результатам эффективного консервативного лечения для продолжения обследования у онколога с наличием заключений: МРТ брюшной полости (выявлено объёмное солидное образование размерами 105x149x162 мм с кистовидными включениями, интимно прилежащее к петлям тонкой кишки, вызывающее их компрессию), фиброколоноскопии (исключено наличие опухоли толстой кишки), рентген-изучения пассажа взвеси сульфата бария по кишечнику (не выявило клинически значимых нарушений проходимости кишечника). На этапе поликлинического обследования у пациента рецидивировала кишечная непроходимость, что определило его повторное поступление в стационар по «скорой помощи». Назначенное в стационаре консервативное лечение повторно имело положительный лечебный результат. Наличие опухоли брюшной полости, осложнённой рецидивирующей кишечной непроходимостью, признано показанием к срочной операции, которая выполнена из средне-срединного лапаротомного доступа в объёме удаления опухоли брюшной полости с резекцией тонкой кишки и восстановлением

проходимости межкишечным анастомозом «бок в бок». Интраоперационно установлено, что опухоль мобильна, состоит из узловых образований различного размера с мелкими кистозными структурами, свободно выведена в лапаротомную рану с фиксированными двумя участками тонкой кишки. Удалённая опухоль по гистогенезу отнесена к гастроинтестинальным стромальным опухолям, указано о необходимости уточнения гистогенеза по данным иммуногистохимического исследования, которое исключило фенотип гастроинтестинальной стромальной опухоли – выявлен фенотип лейомиомы (опухолевые клетки позитивны на актин SMA, десмин, Н-кальдесмон, негативны – на CD117, CD34, S100, NSE; Ki67 < 1% опухолевых клеток). Особенностью данного клинического случая следует считать положительный ответ на проведение консервативного лечения, направленного на купирование острой кишечной непроходимости. Разрешение кишечной непроходимости позволило выполнить необходимые инструментально-аппаратные исследования. При этом следует подчеркнуть, что органная принадлежность опухоли точно не установлена до операции. Больной Б-в И.А., 30 лет, на момент поступления был болен около 10-12 дней, госпитализирован с сохраняющимся абдоминальным болевым синдромом и лихорадкой после первичного обращения к урологу, проведения курса консервативного лечения простатита. Наличие положительных перитонеальных симптомов расценено как показание к экстренной операции. По результатам диагностической лапароскопии выполнены аппендэктомия, санация и дренирование брюшной полости из нижне-срединного лапаротомного доступа. Интраоперационно не выявлено опухолевого поражения. В удалённом червеобразном отростке гистологически диагностированы: хронический гнойный аппендицит, периаппендицит, наличие клеток, крайне подозрительных в отношении метастатического генеза и очагов с фенотипом гастроинтестинальной стромальной опухоли, указано о необходимости иммуногистохимического исследования, которое выявило фенотип лейомиомы (опухолевые клетки позитивны на актин, десмин, Н-кальдесмон, негативны – на CD117, CD34, NSE; Ki67 < 1% опухолевых клеток). Особенностью данного клинического случая следует считать позднюю диагностику деструктивного аппендицита, маскировавшего и, вероятно, обусловленного опухолевым поражением червеобразного отростка.

Выводы. По клиническим проявлениям лейомиомы кишечника сходны с гастроинтестинальными стромальными опухолями, поэтому диагностика базируется на результатах иммуногистохимического исследования. При осложнённом течении имеются обоснованные трудности до- и интраоперационной диагностики опухолей ввиду неясности их гистогенеза или наличия воспалительного процесса, маскирующего опухолевое поражение. После хирургического лечения необходима консультация онколога для исключения гастроинтестинальной стромальной опухоли, требующей проведения химиотерапии.

10. Результаты хирургического лечения больных местнораспространёнными опухолями толстой кишки, осложнёнными некрозом

Лукьянюк П.П.¹, Суров Д.А.¹, Соловьев И.А.¹, Сизоненко Н.А.¹, Святненко А.В.²,
Осипов А.В.², Безмозгин Б.Г.¹

Санкт-Петербург

¹ФГБВОУ ВО «Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова» Министерства
обороны Российской Федерации

²ГБУ «Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт скорой помощи
имени И.И. Джанелидзе»

Хирургическое лечение больных местнораспространёнными опухолями органов брюшной полости является одной из наиболее актуальных проблем современной онкологии. Устойчивый интерес к данной проблеме обусловлен, с одной стороны, очевидной целесообразностью выполнения комбинированных резекций с целью

достижения максимального радикализма, а с другой стороны – совершенствованием технологий анестезиологического обеспечения и периоперационной интенсивной терапии. Значительное число больных с местнораспространенными злокачественными новообразованиями брюшной полости в случае успешного хирургического вмешательства могут обосновано рассчитывать на проведение высокоэффективного комбинированного лечения и, как следствие, на продление жизни. Проведен сравнительный анализ результатов хирургического лечения больных местнораспространенными опухолями толстой кишки, осложненными некрозом. В контрольной группе больных (n=48) применялась традиционная периоперационная тактика и стандартные оперативные подходы. В лечении больных основной группы (n=35) использовалась предоперационное планирование вмешательства и эмбриологически обоснованная оперативная хирургия. Контрольная и основная группы были сопоставимы по основным демографическим показателям и характеру клинических проявлений некроза опухоли. Критериями сравнения контрольной и основной групп являлись: длительность оперативного вмешательства, объем интраоперационной кровопотери, количество удаленных лимфатических узлов, частота R0-резекций, послеоперационных осложнений и летальности. Средняя длительность оперативного вмешательства в контрольной группе составила 250,4 минут и 226,5 минут - в основной. В то же время, средняя величина кровопотери в контрольной группе составила 791,2 мл, в основной - 635,1 мл.

Полученные результаты свидетельствуют об уменьшении травматичности оперативных вмешательств у больных основной группы, что, по-видимому, явилось следствием использования предоперационного планирования оперативных приемов, основанных на принципах мобилизации удаляемого органокомплекса в плоскости эмбриональных слоев. Применение данного подхода позволило существенно увеличить степень онкологического радикализма оперативных вмешательств. Среднее количество удаленных лимфатических узлов в контрольной группе составило $11,01 \pm 3,01$, а в основной - $17,81 \pm 3,14$. При этом, количество R0-резекций в основной группе удалось увеличить до 91,4% (n=32), по сравнению с контрольной группой, где этот показатель составил 58,3% (n=28). Частота послеоперационных осложнений в контрольной группе составила 41,6% (n=20) в основной группе 25,7% (n=9). Частота осложнений напрямую зависела от количества вовлеченных в опухолевый процесс органов и достигала 65,7% при вовлечении в опухолевый процесс четырех и более органов. В структуре осложнений у больных обеих групп преобладали пневмонии, нагноение послеоперационной раны, эвентрации. Послеоперационная летальность в контрольной группе составила 22,9% (n=11), при этом в основной группе больных удалось добиться снижения данного показателя до 11,4% (n=4). Причинами летальных исходов в контрольной и основной группах были тяжелый сепсис (63,6% и 25%, соответственно) и ТЭЛА (36,4,8% и 75%, соответственно). Тщательное предоперационное планирование комбинированного оперативного вмешательства, основанное на детальном анализе результатов обследования больных местнораспространенными опухолями толстой кишки, осложненными некрозом, а также широкое внедрение в хирургическую практику принципов эмбриологически обоснованной оперативной хирургии позволяет не только снизить травматичность мультивисцеральных резекций, уменьшить частоту послеоперационных осложнений и летальности, но и существенно повысить их радикализм, создавая необходимые условия для проведения эффективной адъювантной терапии и, как следствие, улучшение отдаленных результатов лечения данной категории пациентов.

11. Результаты лечения больных раком поджелудочной железы с дистальной локализацией опухоли

Прохоров А.В., Тур Г.Е., Шепетько М.Н.
Минск

Актуальность. Рак поджелудочной железы является фатальным заболеванием. За последние 25 лет результаты лечения улучшились незначительно. На момент установления диагноза у 70 – 80 % пациентов опухоль нерезектабельна из-за местного или общего распространения опухолевого процесса. Результаты лечения зависят от многих факторов, в т.ч. от локализации первичной опухоли.

Цель работы: оценить результаты лечения больных раком поджелудочной железы с дистальной локализацией опухоли.

Материал и методы: проведен ретроспективный анализ историй болезни 41 пациента, которым в Минском городском клиническом онкологическом диспансере проводилось хирургическое или комплексное лечение по поводу рака поджелудочной железы с дистальной локализацией опухоли без отдаленных метастазов. Среди пациентов было 27 женщин и 14 мужчин (соотношение 1.9:1). Средний возраст составил 60.3 ± 9.5 (34 - 80) лет. Первичная опухоль локализовалась в теле поджелудочной железы у 31 пациента (75.6%), в области тела и хвоста - у 5, в области хвоста – у 5. Морфологически у всех пациентов верифицирована аденокарцинома различной степени дифференцировки.

Результаты и обсуждение. Первичная опухоль по классификации TNM соответствовала категории T1 у 6, T2 – у 15 (36.6%), T3 – у 16 (39%), и T4 – у 4 пациентов, соответственно. Метастазы в лимфоузлах были выявлены у 15 пациентов (36.6%). Дистальная панкреатэктомия была выполнена 39, тотальная панкреатэктомия – 2 пациентам. Адьювантная химиотерапия с применением гемцитабина, капецитабина и оксалиплатина проводилась 21 (51.2%) пациенту (1- 26 курсов), послеоперационное химиолучевое лечение проведено 6 больным. Прогрессирование опухолевого процесса выявлено у 24 (58.5 %) пациентов, при чем в стадии T1-2N0M0 – у 5, T3N0M0 – у 5, T4N0M0 – у 1. Медиана времени до прогрессирования составила 9.8 месяцев. Медиана выживаемости пациентов составила 18 месяцев, одногодичная летальность - 19.5%, трехлетняя выживаемость – 26.8 %, пятилетняя выживаемость – 17.1%.

Выводы. В исследуемой группе пациентов опухоль наиболее часто локализовалась в области тела поджелудочной железы и соответствовала по классификации TNM категории T3. Несмотря на проведение радикального хирургического и комплексного лечения, трехлетняя выживаемость не превысила 30, а пятилетняя выживаемость – 20 %.

12. Оригинальная методика дренирования зоны панкреатикогастроанастомоза при панкреатодуоденальной резекции

Байчоров Э.Х.Б., Бруснев Л.А., Гридасов И.М., Гусейнов Ш.И., Каппушев Ш.Д.
Ставрополь
СтГМУ

Актуальность. Несостоятельность панкреатикодигестивного анастомоза является частым осложнением панкреатодуоденальной резекции (ПДР), встречающимся в 9-30% случаев. Было выполнено лишь одно рандомизированное исследование по изучению необходимости дренирования брюшной полости после ПДР, выявившее, что отказ от дренирования приводит к увеличению частоты и тяжести послеоперационных осложнений.

Материалы и методы. Клинические наблюдения содержат анализ 89 больных, которым была выполнена операция ПДР. Больные находились на лечении в хирургическом торакальном ГБУЗ СК СККБ и в отделении абдоминальной хирургии СККОД в период с 2009 по 2018 гг. В исследовании мы сравниваем результаты хирургического лечения следующих групп пациентов: основная, в которой была выполнена операция ПДР с дренированием зоны панкреатикогастроанастомоза (ПГА) по оригинальной методике – 39 больных (49,4%); контрольная, в которой пациентам была

выполнена ПДР, с дренированием брюшной полости в традиционном варианте – 42 пациентов (50,6%). Пациенты статистически не различались по гендерно-возрастному признаку. Всем пациентам реконструктивный этап операции производили в виде ПГА по оригинальной методике. После удаления органокомплекса и завершения реконструктивного этапа через отдельное отверстие в брыжейке поперечной ободочной кишки дренажная трубка подводится к зоне задней губы ПГА. Дренаж укладывается позади культи желудка и его конец находится непосредственно под задним наружным рядом швов ПГА. Затем формируется герметичная полость вокруг ПГА путем «тампонирования» передней губы ПГА стенкой тощей кишки, подведенной для гастроюноанастомоза, и по большой кривизне к поперечной ободочной кишке, по малой кривизне желудок подшивается к брыжейке петли тощей кишки, проведенной к культе общего печеночного протока для формирования гепатикоеюноанастомоза. Благодаря предложенной методике дренирования удастся изолировать потенциально «опасное» место от свободной брюшной полости и адекватно эвакуировать отделяемое в случае несостоятельности ПГА, что снижает риск развития распространенных гнойно-воспалительных осложнений в брюшной полости.

Результаты и обсуждение. В группе 1 несостоятельность ПГА выявлена у 11 (12,3%) больных. Релапаротомия потребовалась в 4 наблюдениях при выявленной несостоятельности ПГА, а в 7 (7,8%) наблюдениях ($p > 0,05$) при несостоятельности ПГА удалось обойтись без повторной операции за счет применения оригинального способа дренирования зоны анастомоза. Во второй группе несостоятельность ПГА развилась у 6 (6,7%) больных. Релапаротомия потребовалась во всех 6 наблюдениях.

Таким образом, полученные нами результаты свидетельствуют о тенденции к сокращению числа повторных операций при развитии несостоятельности ПГА за счет применения оригинального способа дренирования.

13. Скелетная мускулатура: объективный критерий прогноза течения раннего послеоперационного периода у больных воротным холангиоцеллюлярным раком

Жариков Ю.О.¹, Шкердина М.И.¹, Жарикова Т.С.¹, Байдарова М.Д.², Коваленко Ю.А.²,
Нерестюк Я.И.³

Москва

¹ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский
Университет)

²ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр хирургии им. А.В.
Вишневского» Минздрава России

³Московский НИОИ имени П. А. Герцена – филиал ФГБУ «НМИЦ радиологии»
Минздрава России

Актуальность. Оценка статуса больного холангиоцеллюлярным раком в предоперационном периоде часто носит субъективный характер. Определение компонентного состава тела, преимущественно мышечной ткани (как критерий наличия саркопении), может быть более объективным средством, характеризующим общее состояние больного и, следовательно, определить уровень риска осложненного течения раннего послеоперационного периода.

Целью настоящего исследования являлось изучение клинического значения саркопении и ее взаимосвязи с течением раннего послеоперационного периода у больных воротной холангиокарциномой.

Материалы и методы. В период 2011-2018 гг. в ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр хирургии им. А.В. Вишневского» Минздрава России 49 пациентам с гистологически подтвержденным диагнозом «воротная холангиокарцинома (или опухоль Клацкина)» проведено радикальное или условно-радикальное хирургическое лечение, 20 из которых были включены в данное

исследование. Индекс массы скелетных мышц оценивали по отношению площади скелетных мышц на уровне L3 позвонка к росту пациента, возведенного в квадрат, по аксиальным изображениям компьютерной томографии в нативную фазу исследования, с последующей оценкой их взаимосвязи с клинико-лабораторными данными пациентов и характером течения раннего послеоперационного периода. Для выявления факторов риска осложненного течения послеоперационного периода проведен моно- и мультифакторный регрессионный анализ Cox. Различия считались статистически достоверными при $p\text{-value} < 0,05$.

Результаты. Саркопения диагностирована у 8 (40%) пациентов. В группе пациентов с саркопенией отмечалось более тяжелое течение послеоперационного периода (отношение шансов 1,75, ДИ 1,5 – 2,4; $p = 0,032$) и достоверно выше риск развития тяжелых осложнений (IV-V степень по Clavien-Dindo) (отношение шансов 2,05, ДИ 1,48 – 3,01; $p = 0,005$), чем у пациентов без саркопении. Кроме того, у пациентов с саркопенией определялись более низкие значения ПТИ (66% против 93%; $p = 0,003$) и показатель МНО был достоверно выше (1,2 против 2,9; $p = 0,002$), чем у пациентов без саркопении, что указывает на значимые нарушения синтетической функции печени. При многофакторном анализе наличие саркопении у пациентов с воротной холангиокарциномой ($p = 0,001$) было независимым предиктором неблагоприятного течения (осложненного) раннего послеоперационного периода. Послеоперационный койко-день у больных с клинико-инструментальными признаками саркопении был достоверно больше, чем у больных без саркопении (24,67 против 11,25 дней, $p=0,007$).

Заключение. Наличие саркопении является независимым фактором риска осложненного течения послеоперационного периода после резекции печени по поводу холангиоцеллюлярного рака. Саркопения является объективным показателем статуса пациента, который может помочь в принятии наиболее рационального лечебного алгоритма при этом типе рака на дооперационном этапе.

14. Опыт внедрения видеоассистированных технологий в хирургическом лечении больных с раком толстой кишки

Краснов Е.А., Аксарин А.А., Копейка С.М., Онищенко С.В., Каримов И.М.,
Волкинский А.Б., Полозов С.В.

Сургут

БУ ХМАО-Югры "Сургутская окружная клиническая больница"

Колоректальный рак является одним из самых распространенных заболеваний в структуре онкопатологии. Лапароскопические и видеоассистированные вмешательства все чаще применяются для лечения пациентов с этой патологией.

Цель: оценка результатов лечения больных с применением видеоассистированных хирургических вмешательств.

Материалы и методы. Проведен анализ результатов лечения 342 больных с колоректальным раком, пролеченных в Сургутской окружной клинической больнице в период с 2016 по 2018 годы. Мужчин было 139 (40,6%), женщин - 203 (59,4%). Все пациенты были разделены на 2 группы основная: 97 (28,4%) пациентов, оперированных с использованием видеоскопических технологий, контрольная 245 (71,6%) оперированных с использованием «традиционного» лапаротомного доступа. Статистический анализ показал, что основная и контрольная группа сопоставимы по основным критериям. У пациентов основной группы выполнено 60 (17,5%) оперативных вмешательств на ободочной кишке и 37 (10,8%) вмешательств при раке прямой кишки. У пациентов контрольной группы первого исследования 153 (44,7%) операции при раке ободочной кишки и 92 (26,9%) при раке прямой кишки. Объем операции включал в себя резекцию пораженного сегмента толстой кишки, согласно принятым стандартам, с выполнением лимфаденэктомии в объеме D1. Комплекс дооперационного обследования не отличался в группах исследования. Подготовка толстой кишки проводилась накануне

операции, при помощи перорального слабительного средства Фортранс. Всем пациентам основной группы в условиях операционной выполнялась диагностическая видеокOLONOSКОПИЯ с разметкой опухоли красителем. У пациентов основной группы выполнены следующие виды видео-ассистированных оперативных вмешательств: гемиколэктомия справа 12 (12,4%), гемиколэктомия слева 16 (16,5%), резекция сигмовидной кишки 32 (33,0%), передняя резекция прямой кишки 28 (28,9%), экстирпация прямой кишки 9 (9,3%). Оценка результатов лечения больных с применением видеоассистированных технологий проводилась по характеру течения раннего послеоперационного периода. Видеоассистированные оперативные вмешательства представляли собой выполнение мобилизации и лимфодиссекции при помощи лапароскопического доступа, затем производилась мини-лапаротомия, в проекции предполагаемого анастомоза с выполнением резекции и наложением анастомоза экстракорпорально. При опухолях прямой кишки доступ в левой подвздошной области обеспечивал возможность введения головки сшивающего аппарата для наложения трансанального аппаратного анастомоза.

Результаты и обсуждение. Длительность оперативного вмешательства в основной группе составила $156,0 \pm 54,9$ мин, в контрольной - $107,0 \pm 39,6$ мин. Длительность пребывания в отделении реанимации основная группа $0,9 \pm 0,5$ суток, контрольная группа $1,7 \pm 1,0$ суток. Восстановление перистальтики до предоперационного уровня в основной группе произошло через $1,2 \pm 0,4$ суток, в контрольной - $2,6 \pm 0,4$ суток. Отхождение газов основная группа $1,3 \pm 0,3$ суток, контрольная $2,7 \pm 0,6$ суток. Самостоятельный стул у пациентов основной группы $4,1 \pm 1,3$ суток, контрольной $5,7 \pm 1,3$ суток. Сравнение гистологическим форм опухоли имели следующие результаты: высоко-дифференцированная аденокарцинома ОГ- 20 (20,6%), КГ - 54 (22,0%), умереннодифференцированная аденокарцинома ОГ-56 (57,7%), КГ-124 (50,6%), низкодифференцированная аденокарцинома ОГ -15 (15,5%), КГ - 46 (18,8%), другие формы ОГ- 6 (6,2%), КГ - 21 (8,6%). Первичный анастомоз выполнен у 64 (68,1%) пациентов основной группы и 176 (71,8%) пациентов контрольной группы. Превентивная илеостомия выполнена у 23 (23,7%) пациентов основной группы, 48 (19,6%) пациентов контрольной группы. Формирование анастомоза ручным способом выполнено у 55 (56,7%) пациентов основной группы и 106 (43,2%) пациентов контрольной группы. Аппаратный способ формирования анастомоза использован у 9 (9,3%) пациентов основной и 70 (28,6%) пациентов контрольной группы. Послеоперационные осложнения имели следующую структуру: несостоятельность толстокишечного анастомоза ОГ 3(0,9%), КГ - 8 (2,3%), серома послеоперационной раны ОГ 1 (0,3%), КГ - 5 (1,5%), нагноение послеоперационной раны ОГ 1 (0,3%), КГ - 2 (0,6%), ранняя спаечная кишечная непроходимость ОГ - 1(0,3%), КГ - 4 (1,3%), внеабдоминальные осложнения ОГ 1 (0,3%), КГ - 7 (2,0%).

Выводы. Видеолапароскопические технологии при проведении хирургического лечения колоректального рака обладают рядом преимуществ: ранним восстановлением перистальтики кишечника, сокращением срока нахождения в отделении реанимации и в стационаре, уменьшением числа послеоперационных осложнений.

15. Опыт выполнения панкреатодуоденальной резекции в отделении неотложной хирургии

Бесов В.А.^{1,2}, Баринов Д.В.¹, Маракаев Д.Х.^{1,2}, Антонов А.В.¹, Смолькина А.В.², Белова С.В.²

Ульяновск

¹ГУЗ «Ульяновский областной клинический центр специализированных видов медицинской помощи им. Е.М. Чучкалова»

²ФГБОУ ВО «Ульяновский государственный университет»

Панкреатодуоденальная резекция (ПДР) является радикальной операцией при злокачественных новообразованиях органов билиопанкреатодуоденальной зоны. Реже ПДР применяется при псевдотуморозном панкреатите, травматическом повреждении органов билиопанкреатодуоденальной зоны, осложненной кисте головки поджелудочной железы, прорастании опухоли желудка в головку поджелудочной железы или переходе опухоли на двенадцатиперстную кишку. В последние годы наблюдается рост частоты опухолей билиопанкреатодуоденальной зоны. К сожалению, значительно чаще эти опухоли диагностируют на стадии внеорганных распространения, при явлениях развившихся осложнений. После появления первых симптомов заболевания у большинства больных средняя выживаемость составляет менее 6 месяцев. По статистическим данным, около 30% больных умирают через 1 месяц установления диагноза и менее чем 1% выживает свыше 5 лет. Эти данные служат веским аргументом в пользу ранней и максимально агрессивной хирургической тактики при диагностированных опухолях панкреатодуоденальной зоны.

Материал исследования. В период с 2003 по 2018 г. в 5 хирургическом отделении ГУЗ «Ульяновский областной клинический центр специализированных видов медицинской помощи им. Е.М. Чучалова» г. Ульяновска находилось на лечении 164 пациента с опухолями билиопанкреатодуоденальной зоны. Панкреатодуоденальная резекция, выполнена 33, что составило 20,1%, паллиативные вмешательства (наложение обходных билиодигестивных анастомозов, диагностическая лапаротомия) – 131 (79,9%). Возраст радикально оперированных больных составил от 43 до 68 лет, из них 20 мужчин и 13 женщины.

Результаты. Из 33 пациентов оперированных по поводу рака головки поджелудочной железы, у 22 – опухоль локализовалась в периапулярной области головки поджелудочной железы, у 10 был рак большого дуоденального сосочка двенадцатиперстной кишки с прорастанием в головку поджелудочной железы и у 1 пациента рак правой почки с метастатическим поражением головки поджелудочной железы. Все больные госпитализированы в экстренном порядке в связи с развившимися осложнениями основного заболевания: 32 с явлениями механической желтухи различной степени выраженности (уровень общего билирубина при поступлении составлял от 82,54 ммоль/л до 235,62 ммоль/л), один с явлениями субкомпенсированного стеноза двенадцатиперстной кишки. Одномоментная операция выполнена 11 больным с опухолью головки поджелудочной железы без явлений механической желтухи. 21 пациенту с механической желтухой и высоким уровнем гипербилирубинемии производились двухэтапные вмешательства. На первом этапе выполнялась декомпрессивная операция на желчевыводящих путях, имеющая целью снизить холемическую интоксикацию. Радикальная операция выполнялась на втором этапе, через 10-14 дней после декомпрессивного вмешательства. К этому моменту у больных наблюдалась либо нормализация, либо значительное снижение уровня общего билирубина. Летальный исход в раннем послеоперационном периоде отмечен у 8 больных. Причиной смерти послужила почечно-печеночная недостаточность и несостоятельность панкреатоюноанастомоза. У 25 пациентов, ранний послеоперационный период осложнился развитием острого панкреатита, который был пролечен консервативно, и они выписаны в удовлетворительном состоянии на 16-48 сутки после операции. Отдаленные результаты удалось проследить у 18 человек в сроки от 2-х до 5-лет: летальных исходов не было. Кроме этого, 4 пациентам выполнена ПДР по поводу хронического псевдотуморозного панкреатита, осложненного стойким болевым синдромом и у 2-х из них, кистами головки поджелудочной железы осложненные профузным кровотечением в просвет кисты и просвет 12-ти перстной кишки. Эта группа больных (с кровотечением) была оперирована на высоте кровотечения, из 2 пациентов умерла одна.

Выводы. В общей сложности, за 10 лет, выполнено 37 ПДР, 33 по поводу рака периапулярной области головки поджелудочной железы и 4 по поводу псевдотуморозного панкреатита. Послеоперационная летальность составила 27%, что

является хорошим результатом после такой операции. Больные в отделения неотложной хирургии поступают поздно, на фоне развившихся осложнений, большинство из пациентов до поступления в хирургическое отделение 2-4 недели находились на лечении у терапевта или инфекциониста по месту жительства. Поздняя диагностика обуславливает низкий процент радикализма хирургических вмешательств. Большой травматичностью операции, выраженной холемической и опухолевой интоксикацией объясняется значительное число осложнений в послеоперационном периоде и высокая летальность. Панкреатодуоденальная резекция по-прежнему относится к категории высочайшего риска опасных для жизни осложнений, которые лимитируют диапазон радикальной хирургии.

16. Несостоятельность механического колоректального анастомоза после резекции прямой кишки: профилактика, тактика лечения

Дмитриев А.В., Перескоков С.В., Грошилин В.С., Урюпина А.А.
Ростов-на-Дону
ФГБОУ ВО РостГМУ Минздрава России

Актуальность. Использование циркулярного механического степлерного шва позволяет накладывать колоректальные анастомозы при низких локализациях опухоли с сохранением функции анального сфинктера. Несмотря на развитие современной хирургии и сшивающих аппаратов несостоятельность колоректального анастомоза остается актуальной проблемой. По данным различных авторов данное осложнение встречается от 7 до 28%. Изучение факторов риска, поиск методов профилактики несостоятельности колоректального анастомоза, совершенствование техники его создания после резекций прямой кишки, снижающих количество случаев формирования превентивных стом, не вызывает сомнений.

Цель – провести ретроспективный анализ непосредственных результатов передних (ПР) и низких передних резекций (НПР) прямой кишки с использованием аппаратного циркулярного анастомоза путем оценки факторов риска и влияния профилактических мер на целостность колоректального соустья.

Материал и методы. В исследование включено 114 пациентов, которым выполнены передняя (n=60) и низкая передняя (n=54) резекция прямой кишки с формированием колоректального анастомоза. Пациенты были разделены на две группы. Возраст больных колебался от 33 до 84 лет. Преобладали пациентки женского пола: 40/60 (66,7 %) в группе НПР и 23/54 (42,6 %) – в группе ПР. Наиболее частая локализация опухоли – верхнеампулярный отдел прямой кишки и ректосигмоидное соединение – 54 (44,7 %), в средне- и нижнеампулярном отделе опухоли локализовались в 37 (32,5 %) и 23 (20,2 %), соответственно. Нижний полюс опухоли в исследуемых группах больных располагался на расстоянии от 7,0 до 15,5 см от аноректальной линии. Пациентам с низкой передней резекцией прямой кишки выполнялась тотальная мезоректумэктомия. Колоректальный анастомоз формировали по типу «конец-в-конец», используя циркулярные сшивающие аппараты соответствующего диаметра (28, 31, 33 мм). В 26 (22,8 %) случаях диагностировано метастатическое поражение печени. Этим пациентам проведены одноэтапные вмешательства с резекцией и/или локальной термодеструкцией опухолевых внутрипеченочных узлов. В 14 случаях подобным больным выполнялась низкая передняя резекция прямой кишки, в остальных (12 пациентов) – передняя. Все пациенты проходили предоперационную очистку кишечника растворами макроголов.

Результаты. У 5 (8,3 %) больных после низкой передней резекции прямой кишки наложены превентивные стомы: причем, у 4 человек – петлевые илеостомы, у 1 – колостомы. Сроки операций по восстановлению непрерывности кишечника находились в пределах от 2 до 6 мес. Основной причиной формирования стом (4 наблюдения) являлась положительная воздушная проба. В 5 (8,3 %) случаях несостоятельность развилась после низкой передней резекции прямой кишки, в 2 (3,7 %) – после передней

резекции. Частота несостоятельности достоверно различалась у пациентов после низкой резекции прямой кишки ($p=0,231$). Во избежание натяжения проксимальных отделов толстой кишки у 44 пациентов с низкой локализацией опухоли выполнялась мобилизация селезеночного угла, и у 36 больных – с локализацией анастомоза выше 10 см от аноректальной линии. Дренирование полости малого таза считаем важным моментом в профилактике несостоятельности. Дренажи мы удаляли после первого стула на 3-6 сутки при отсутствии патологического отделяемого. Интраоперационная кровопотеря у больных после резекции прямой кишки составила от 355,0 до 1150 мл ($663,3 \pm 121,1$ мл). Длительность операции составила от 147 до 243 мин. ($168 \pm 56,5$ мин.). Кровопотеря при комбинированных вмешательствах составила от 1245,9 до 2074,5 мл ($1530 \pm 98,0$ мл), при длительности операции от 190 до 274 мин. ($242 \pm 45,3$ мин.). Летальность отмечена в 3 наблюдениях. Основной причиной летальных исходов (2 случая) заключалась в развитии несостоятельности анастомоза с последующим перитонитом и абдоминальным сепсисом.

Заключение. Получено достоверное увеличение количества случаев несостоятельности после низкой передней резекции прямой кишки. При наличии нескольких факторов риска несостоятельности анастомоза необходимо выводить превентивную стому. Адекватная подготовка ободочной кишки, прецизионная техника мобилизации прямой кишки и мезоректума, предупреждение натяжения линии шва, контроль его герметичности, учет факторов риска позволяют профилактировать несостоятельность анастомоза без наложения превентивных стом. В нашем исследовании продолжительность операции и объем кровопотери достоверно не влияли на развитие несостоятельности анастомоза. Сроки дренирования полости малого таза должны быть не менее 2-3 суток от момента появления первого стула у пациента. Формирование превентивных стом необходимо после низких передних резекций прямой кишки при одновременном наличии факторов риска, при этом сама по себе стома не увеличивает риск несостоятельности колоректального анастомоза.

17. Особенности предоперационной диагностики внутривенных метастазов колоректального рака

Дмитриев А.В., Грошилин В.С., Перескоков С.В., Афонц Л.С.

Ростов-на-Дону

ФГБОУ ВО РостГМУ Минздрава России

Актуальность – лучевая диагностика и хирургическое лечение метастазов печени колоректального рака – сложная и актуальная проблема современной онкохирургии. В условиях стремительного развития полостной и лапароскопической хирургии, внедрения в практику прецизионных малоинвазивных технологий лечения метастатического поражения печени, крайне актуальной, является разработка оптимального алгоритма диагностических обследований с оценкой эффективности каждого метода визуализации в отдельности и их в совокупности. Правильная интерпретация результатов позволяет выявлять очаговые поражения печени менее 1 см в диаметре. Эти данные подчеркивают важность оптимизации предоперационной лучевой диагностики поражения печени у больных с колоректальным раком, результаты которой позволят избежать нерадикальных резекций.

Цель исследования — анализ результатов лучевых методов диагностики метастатического поражения печени, определить дифференциально-диагностические критерии, выявить группы риска.

Материал и методы. Проанализировано 825 клинических случаев с колоректальным раком, оперированных в РостГМУ в период с 2005 по 2018 гг. В исследование включено 247 (31,6%) пациентов, у которых выявлены внутривенные метастазы на до- и интраоперационных этапах лечения. Из них 81 пациенту (32,7%) выполнены комбинированные одноэтапные операции в объеме удаления первичной

опухоли и различного объема резекции печени. Пациенты распределены по группам, в зависимости от пола, возраста, стадии заболевания, локализации первичной опухоли, ее дифференцировки, местной распространенности и поражения регионарных лимфатических узлов. Метастазы печени диагностировали с помощью УЗ-исследования с доплеровским эффектом, КТ с внутривенным контрастированием, МРТ, а также определением уровня раково-эмбрионального антигена (РЭА).

Результаты. В зависимости от стадии (TNM) пациенты с внутривенными метастазами распределились следующим образом: T1 — 11 (4,4%) пациента, T2 — 24 (9,7%), T3 — 125 (50,6%), T4 — 87 (35,2%). По возрастным группам: 41—50 лет 22 (8,9%) пациентов; 51—60 лет 84 (34%) пациентов; 61—70 лет 79 (31,9%) пациент, 71 — 80 — 62 (25,1%) пациента. По локализации первичной опухоли преобладал рак прямой кишки — 138 (55,8%) пациента. Во всех случаях выявлена аденокарцинома (G1 — 16, G2 — 120 больных, G3 — 111). У 45 пациентов (18,2%) обнаружены солитарные метастазы размерами до 4 см, у 36 (14,5%) пациентов диагностированы от 2 до 4 опухолевых узлов; у остальных больных (166 человек, 67,2%) диагностированы множественные метастазы с поражением обеих долей печени. При наличии одиночных метастазов, чаще всего, поражалась правая доля печени. Множественные опухолевые узлы в печени преобладали у лиц в возрасте от 51 до 70 лет, кроме этого, в 120 случаях (48,5%) диагностирована лимфаденопатия в области путей лимфооттока от первичной опухоли. У 23 (9,3%) больных указанной возрастной группы на дооперационном этапе метастазы обнаружены не были. В подобных случаях вторичные очаги в печени становились интраоперационной находкой при выполнении УЗ-исследования, размеры которых были менее 1 см. Дуплексное сканирование позволяло уточнить характер опухоли, наличие в ней кровотока. Однако, у 117 пациентов кровотоков в метастазах не выявлен, что объяснялось некрозом, распадом и кальцификацией опухоли. КТ брюшной полости была применена нами у 145 человек (58,7%). Метастазы малых размеров (до 30 мм) часто гиперваскулярны во время артериальной фазы, тогда как очаги больших размеров имеют гиперваскулярный ободок и гиповаскулярный центр. Во всех случаях во время портальной фазы исследования опухоли были гиповаскулярны. МРТ позволяло выявлять метастазы диаметром менее 10 мм. В наших исследованиях опухоли выглядели гипоинтенсивными на T1-изображениях и гиперинтенсивными на T2-изображениях. Кроме этого, на диффузионно-взвешенной МРТ (DWI) mts были гиперинтенсивными.

Выводы. 1. Всем пациентам в пред- и послеоперационном периодах должны выполняться УЗИ, КТ, МРТ. 2. Определены дифференциально-диагностические критерии метастатического поражения печени во время КТ исследования с внутривенным введением контрастного вещества. 2. Группа риска — пациенты 51—70 лет с колоректальным раком (T3-4N+) обоих полов с низко- и умеренно дифференцированной аденокарциномой, а также с визуализируемой лимфаденопатией на дооперационном этапе. В подобных случаях необходимо выполнять интраоперационное УЗИ печени даже при отсутствии визуализации метастазов в предоперационном периоде. 3. Уровень РЭА является прогностическим фактором эффективности хирургического лечения, адъювантной химиотерапии и прогнозирования риска рецидива метастатического поражения печени.

18. Симультанные операции в хирургическом лечении рака прямой кишки с внутривенными метастазами

Дмитриев А.В., Перескоков С.В.
Ростов-на-Дону
ФГБОУ ВО РостГМУ Минздрава России

Актуальность. Проблема хирургического лечения рака прямой кишки приобретает все большее социальное значение. Многочисленные публикации авторов касательно данного заболевания подтверждают актуальность проблемы. Несмотря на

развитие колоректальной хирургии, послеоперационная летальность после симультанных вмешательств остается достаточно на высоком уровне и составляет около 4-8%. Хирургическое удаление метастазов печени – это один из ключевых методов лечения, позволяющий продлить жизнь пациента и увеличить безрецидивную выживаемость. Определяющим фактором в выборе объема оперативного пособия наряду с местным распространением процесса, является наличие отдаленных метастазов, их количество, объем пораженной паренхимы печени.

Цель – улучшение результатов лечения рака прямой кишки с внутривенными метастазами путем выбора оптимального объема оперативного пособия.

Материал и методы. Ретроспективному анализу подвержены 247 пациентов, страдающими злокачественными новообразованиями прямой кишки и синхронными метастазами в печени. В исследование включено 74 пациента, которым были выполнены сфинктеросохраняющие операции, с резектабельными метастазами и отсутствием внепеченочного распространения опухоли. Возраст больных был от 33 до 84 лет ($56,0 \pm 10,9$). В исследуемой группе преобладали женщины, количество которых было 40 (54%), мужчин – 34 (46%). В послеоперационном периоде больные проходили курсы адъювантной химиотерапии.

Результаты. Передняя резекция выполнена у 40 пациентов (54%), низкая передняя у 34 больных (46%). При анализе метастатического поражения было отмечено, что правая доля печени была поражена у 41 пациента (55,4%), а левая в 25 случаях (33,7%). У 8 больных (10,8%) было диагностировано билобарное поражение с общим количеством узлов не более четырех. Резекционной хирургии при поражении одной из долей печени подвержены 36 пациентов (48,6%). Размеры очагов у данных больных составили от 40 до 65 мм. Объем резекции составлял от атипичных до разного вида анатомических сегментэктомий. Анатомические резекции печени выполнялись фиссуральным методом после тщательного изучения на дооперационном этапе топографо-анатомических взаимоотношений внутривенных сосудистых структур. У 30 пациентов выполнена РЧТА (размеры узлов составили от 14 до 35 мм с общим количеством не более четырех). Еще у 8 пациентов с билобарным поражением выполнялись атипичные резекции одной из долей, дополненная РЧТА метастазов контралатеральной доли. Общее количество метастазов, подвергнутых аппликациям РЧ-электродом составило 45. Средняя интраоперационная кровопотеря на печеночном этапе составила $745,0 \pm 74,5$ мл. Длительность резекции составила $142 \pm 45,6$ мин. Нагноение послеоперационных ран отмечено у 5 человек (6,7%). В двух случаях после РЧТА сохранялась фебрильная резорбтивная лихорадка в течение 7-8 суток вследствие формирования внутривенной гематомы без признаков абсцедирования. У двух пациентов после низкой передней резекции отмечена несостоятельность колоректального анастомоз (5,8%), и у одного после передней резекции (2,5%). Послеоперационная летальность отмечена в 2 случаях (2,7%). Медиана послеоперационного койко-дня составила 11 суток. У трех больных после РЧТА в сроки от 6 до 12 месяцев диагностирован рецидив метастазов печени. Наилучшие результаты лечения получены при солитарных метастазах в печени, которым выполнена резекция. 3-летняя выживаемость составила 42,9%, Me=44 мес. При единичных очагах (не более трех) и билобарном поражении выживаемость была достоверно ниже и составила 27,2%, Me=19 мес, ($p=0,322$).

Заключение. Объем операций при раке прямой кишки должен основываться на оценке первичной опухоли, состояния регионарных лимфоузлов, лимфоузлов гепатодуоденальной связки, количества и локализация метастазов в печени и объем ее поражения. Лечение данных больных необходимо выполнять только в специализированных хирургических центрах. Несостоятельность колоректального анастомоза после низких резекций прямой кишки достоверно была выше, чем при локализации анастомоза выше 10 см от ануса. Резекция печени является радикальным методом лечения солитарных метастазов и должен рассматриваться как приоритетным.

РЧТА может применяться как в единственном варианте, в случае, когда резекция не планируется, так и в комбинации с резекционной хирургией.

19. Миниинвазивные видеоторакоскопические и робот-ассистированные лобэктомии

Порханов В.А., Данилов В.В., Поляков И.С., Кононенко В.Б., Жихарев В.А., Крыгин С.А.

Краснодар

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Научно-исследовательский институт –Краевая клиническая больница 1 имени профессора С. В. Очаповского» Министерства здравоохранения Краснодарского края

Цель исследования. Дать сравнительную оценку непосредственным результатам лечения методами видеоассистированных и робот-ассистированных торакоскопических лобэктомий.

Материалы и методы. С 2017 по 2018 г. в НИИ ККБ № 1 им. Проф. Очаповского выполнено 74 робот-ассистированные резекции легких. Из них 66-ти пациентам произведены лобэктомии, а 8-ми – сегментэктомии. Для сравнительной оценки вариантов торакоскопических методов лечения были сформированы две группы пациентов. Основная группа - 66 человек, которым были выполнены РАТС лобэктомии. В контрольную группу вошли 247 пациентов, прооперированных в объеме ВАТС лобэктомии за этот же период времени. Возраст пациентов варьировал от 35 до 70 лет и в среднем составлял 60,5 лет. Из них мужчины 72%, а женщины 28%.

Заключение. Результаты, полученные при сравнении торакоскопических лобэктомий могут свидетельствовать о высокой эффективности и безопасности обоих методик, однако каждая из них не лишена недостатков. Ключевые слова: рак легкого, робот-ассистированная, видеоторакоскопия, лобэктомия

20. Возможности малоинвазивных лапароскопических вмешательств при местнораспространенном раке ободочной кишки

Абдуллаев Я.П.¹, Манатов М.Г.¹, Галеев Ш.И.², Рубцов М.А.³

Санкт-Петербург

¹Санкт-Петербургская государственная медицинская академия им. И.И. Мечникова.

²СПбГБУЗ Городская больница №20 (Санкт-Петербург)

³СПбГБУЗ Александровская больница (Санкт-Петербург)

Совершенствование технической составляющей, стандартизация операций в хирургии колоректального рака привели к расширению показаний для выполнения эндовидеохирургических вмешательств. В настоящее время не вызывает сомнений эффективность и безопасность этих операций при локализованных формах опухолей: Tis- T3. Целесообразность эндовидеохирургических вмешательств в лечении местнораспространенных форм рака ободочной кишки изучена недостаточно. В исследовании представлены непосредственные результаты 76 операций, выполненных за период с 2007 по 2018 г.г. У всех пациентов наличие опухолевой инвазии за пределы стенки кишки доказано при КТ, либо данными ревизии органов брюшной полости в ходе операции. У 18 пациентов были выявлены жидкостные скопления вблизи опухоли. На дооперационном этапе было выполнено 13 пункционных нефростомии. Мочеточники стентированы у 10 пациентов. Выполненные вмешательства: левосторонняя гемиколэктомия – 28, резекция сигмовидной кишки – 32, правосторонняя гемиколэктомия – 16. Все операции выполнены в положении пациента типа Ллойда-Дэвиса с использованием 5-6 троакаров, бригадой из 3-х хирургов. Продолжительность вмешательства превысила 5 часов в 28 случаях. В наибольшей степени мобилизацию

сегментов толстой кишки осложняли опухолевый рост и воспалительный процесс, широко вовлекающие забрюшинные структуры, затрудняющие визуализацию предпочечной фасции. Комбинированные резекции были выполнены в 46 случаях. Отмечено одно клинически-значимое осложнение, незамеченное в ходе вмешательства: пересечение аппаратом «Ligasurge» левого мочеточника. Средние сроки госпитализации в послеоперационном периоде составили 6-10 дней. Таким образом, видеолaparоскопические вмешательства могут быть с успехом выполнены у пациентов с местно-распространенным раком ободочной кишки. Большие трудности для мобилизации кишок создают дорзальное распространение опухоли и параканкрозного воспалительного процесса, затрудняющего идентификацию забрюшинных структур, слоя диссекции.

21. Focus anastomosis surgery of colorectal cancer

Vladimír Čan, Kala Z, Farkašová M, Grolich T, Hrivnák R, Marek F, Robek O, Rovný I, Penka I, Procházka V, Svoboda T, Zetelová Z, and Vomela J.
Brno, Czech Republic

Department of surgery faculty hospital and faculty of medicine Masaryk university

Digestive tract malignancies are very common with increasing incidence in the population. Colorectal cancer is recently the most frequent carcinoma of digestive tract and it placed 4th position of new cases diagnosed worldwide. Supplementary with radiotherapy and chemotherapy treatment, still there is recommendation of the surgical treatment for most of the cases – resection of the tissue. Surgical procedures with digestive tract resection are usually associated with necessity of intestinal continuity restoration (creating anastomosis). It is known as the reconstructive phase of a surgical procedure. Successful anastomosis healing is crucial for patient's positive postoperative course. If anastomosis does not heal well, serious complications as anastomotic leak will occur after the surgery. Apart from short-term complications as peritonitis and sepsis, some serious long-term effects can be observed. Delay or even declining of oncological treatment after malignancies removal can lead to poor patient's prognosis. Surgical complications will lead to consequences for patient, surgeon and department and may have serious forensics and financial impact. Incidence of anastomotic leak is believed to occur in 5-20% of resected patients. Maximum incidence is in low rectal anastomosis with serious septic condition. There are known risk factors that may be reduced, but not eliminated. If more risk factors occur in one patient, surgeon has to consider very carefully patient's condition and adapt type of surgery for specific case. Neurologic and cardiovascular diseases, smoking, corticoids use, male gender and neoadjuvant therapy are negative prognostic factors worsening surgery outcome.

Therefore, it is necessary to ensure several conditions for best anastomotic healing and non-complicated postoperative course. Beside tension free anastomosis and good intestinal suture quality, the most important of all is well perfused intestine used for anastomosis. Any technique used for anastomosis creating will not be successful if intestine used for anastomosis is ischemic. During the surgery surgeon has to trust his eyes, hands and experience when assessing if intestine left for anastomosis construction has proper blood flow in its wall. Absence of pulsating arteries in mesocolon or mesentery, absence of peristaltic or loss of shine and color change may rise doubts about good intestine blood perfusion. However, this is often a very hard task to accomplish and assessing is very subjective as well. Nowadays, only non-subjective perfusion assessment method available is indocyanine green fluorescence angiography. This examination method is based on detection of the near infrared light emitted by intravenous injected fluorescent dye stimulated by laser. As light emitted is in the near infrared spectrum, fluorescence of ICG must be detected by a special camera. When injected intravenously, ICG is spreading very fast via blood flow and in a matter of seconds green color can be observed wherever blood flow is sufficient. ICG is not transferred outside the vessels and is eliminated

by liver into the bile. In some cases, and present detection technologies, fluorescence intensity can be measured under specific circumstances. However, this is not a routine technique.

Another method, yet not implemented in daily surgical routine, might be infrared thermography (IRT). IRT has been widely used in medicine, mostly as an experimental or complementary diagnostic method. The clinical use during digestive surgery is very rare, except of our recent study with porcine models and several patients. We focused on assessing blood flow with ICG and thermography simultaneously during surgery and evaluated anastomosis healing 7 days after primary surgery. IRT method is based on the detection of infrared radiation emitted by human body organs, which is recounted to the values of surface temperature. The image/video produced by infrared camera is a “temperature map” coded by various colors. Infrared camera is a compact device and can be easily used during surgery in the operation room. The present results are promising and show the applicability of the method in the field of blood supply determination in the digestive organs during surgery treatment. In comparison with ICG, thermography is non-invasive, contactless, reproducible, without need of injecting intravenous dyes that may cause allergic reaction. Also, buying price and operational costs are lower in thermography. Hypothesis for thermographic evaluation of perfusion is lower temperature of ischemic part of gastrointestinal tract and thus contraindication of using this part for anastomosis.

22. Surgical oncology

T. Horváth, M.D.

Brno, Czech Republic

Faculty of Medicine Masaryk University Department of Surgery Faculty Hospital

Introduction. *Surgical oncologist* is a peculiar element of the varied community of the vigorously engaging specialists in the struggle with the lethal disease. As the surgery is a teamwork par excellence, he knows, that a chain is as strong as its weakest link: in the spheres in which a pessimist is crying, which is a situation than I am willing not to take into account; where an optimist ingenuously bumps against a new challenge of disease, he ought as a realist to recall the success in a way “one for all and all for one” *arranging matters* in compliance with that and the chain becomes suddenly not to be broken.

Particular components of surgical oncology exist themselves alone – simultaneously, independently, with the same level of significance – without superiority or inferiority without merging or separating – creating a sole integral entirety characterized with a high difference and a profound equality of their parts. Although each of them represents specific issue, all of them belong to the specialty.

Surgical oncology would be ranked among the most comprehensive proficiencies supporting a view of legitimacy of the knowledge unity concept. That is not a case of golden hands. It is much more attractive. It includes the delicate handling with tissue and organs as well the whole patient’s human being. They are harmonized there the information of multilayered variety of oncogenous processes categorized by medical and other sciences, natural as well as human, with an important participation of technologies, with non-negligible roles of intuition and empiricism – including manual labour. It is influenced by feedbacks proper to surgery and medicine, in the widest sense of the words, by statistics, economics, psychology, sociology and obviously also by politics.

Surgical oncologist handles with tissue carefully mindful of decrease of systemic inflammatory response to the operation. The observation of the development in the discipline welcomes every improvement in the patient care as a personal invitation. Give a multifaceted example represented by non-intubated video-assisted thoracic surgery (NIVATS). In this get engaged the knowledge of modern physiology, pharmacology, and device technology with the courage of ancient masters. *Physiological operative* with respect to the function of the organs and tissue is represented in the method. Despite of having had the roots in the authentic tradition it is radically new. This provides impulses for further refinement in the surgery and anesthesia

for mutual benefit of both but old habits die hard, getting warm plenary sessions up to the boiling point: Neither surprise nor discourage, only an occasion to use appropriate tools: Modesty. Decency. Truthfulness.

Surgical oncology is created by four parts. Let's define the chapters in singles:

I. Surgery of premalignancy

II. Treatment of "surgical stage" of oncological disease

III. Surgery of locally advanced disease: palliation, sanitation, devitalization, metaintervention

IV. Surgical treatment of metastatic disease:

IV. a – surgery of solitary metastasis by means of the strategy identical with the second chapter.

IV. b – surgery of general spreading of the disease, solving a local problem of the general extent by means of strategy similar to the saving treatments of the third chapter.

I.

To remove the focus *before cancer emerges* sounds call word of the first chapter.

a) The advanced premalignant changes are signalling a risk of cancer development in the tissue. Biopsy proof of the severe dysplasia leads to think about the presence of malignancy in the concerned focus with the whole appropriate surgical routine of work.

b) Another scenario is represented by mild or moderate dysplasia, at a given moment clinically insignificant. Their biological development in the subsequent phase is used to be difficult to guess, especially at the earlier detections. The context faced dilemma of overdiagnosis /overtreatment versus underdiagnosis/undertreatment:

- the *overdiagnosis* represents clinically an irrelevant/insignificant diagnosis, not requiring any treatment, because it would be superfluous – *overtreatment*, as express commonly used terms.

- the *underdiagnosis* includes all varieties of diagnosis underestimation, usually in connection with an insufficient treatment – *undertreatment* with all consequences.

Decision making is not easy, but the surgical empiricism knows a rule of thumb: it is better to perform surgery unnecessarily than late. An example might be a diagnosis so "simple" as appendicitis; and a special example then a pulmonary coin lesion.

II.

Surgical treatment of carcinoma with a curative intent.

Preoperative counselling in the widest sense signifies offering and getting of all appropriate information, before an informed consent of the patient:

a) to communicate with the patient, having respect for all her/his personal (physical, psychical and spiritual), familiar, professional and social peculiarities.

b) to cultivate permanent relationships with specialists of imaging, medical and radiation oncology, cytology and histopathology, medicine, clinical psychology etc., to find an optimal, generally valid and acceptable solution.

That should precede the following steps:

c) determination of one's own surgical strategy

d) explanation of general organisation of the surgical concept and special details referring to the particular patient

e) all of that in accordance with up-to-date progress in the field of knowledge.

It doesn't remain as to say, that the strategy of the contemporary surgical oncology usually recommend to consider radical surgery with sufficient safety border of healthy tissue by the smallest biologically acceptable anatomical resection in connection with regional lymphadenectomy en block – expressed by the term *curative resection*.

III.

Heterogenous surgical interventions there are involved in the third chapter, all with a common denominator: locally considerably advanced, radically predominantly insoluble disease. Procedures used in this category represent prospect for survival of incurable patient with amelioration of the quality of life. Exceptionally, they can become to a qualified effort for its radical solution, even if close to the extreme.

They are represented mainly by non-radical procedures:

a) Palliation – classical examples: the avoidance of inoperable obstacle of GIT passage by entero-enteroanastomosis, laser recanalisation of bronchus obstructed with tumour mass, or artificial reinforcement by stenting of ureter compressed by tumour.

b) Sanitation – the ablation of necrotic tumour mass even in spite of general spreading of disease, on account of massive secretion, of pungent odour, threatening to bleed to death

c) Devitalization – trying to dissolve the extensive inoperable tumours by interruption of their vascular supply. Even if the argumentation of devitalization followers is from the point of view of general oncology in some respects incomplete, its supremely surgical ethos can't be neglected. As there is also the case of metaintervention, below mentioned. Surely under condition of *nil nocere*. While the indications of palliation and sanitation are more or less obvious, devitalization can be always considered an *enfant terrible*.

d) Radical intervention in the chosen cases of locally extremely advanced disease with excluded distant metastases represents a relative novelty. It requires transanatomical access often with utilization of (auto)transplantation and of artificial materials for replacement of infiltrated vascular structures. These procedures are issued from seasoned surgeons in well coordinated teams of top centres. They have their proponents and also opponents. The indications are individual. In the essential argumentation compete technical realizability with biological authority. The internal strain of this type of conduct, could be perhaps expressed by the term *metaintervention*. The fundamental and global motive of this chapter too, is the life prolongation and improvement of its quality with an attitude, not at all just formal (!), and of great importance at any stage of disease: the help is possible. The most tragic expression of misunderstanding our profession, and under no circumstances unflagging work at *full stretch* of the surgical oncology, is as follows: *The surgeon did not know what to do*.

IV.

Surgery of the metastatic disease is very specific branch of oncology:

a) More than at the synchronous metastases the treatment of distant solitary metachronous metastases evokes the access of the second chapter of surgical oncology. It should represent a complete resection with a curative intent. The others conclude about suitability of a simple excision of the lesion in the case of metachronous lesion, too. Valid data are lacking. A way downwards cannot be excused automatically. Each case has to be judged individually in all given correlations.

b) Surgery of general spreading disease, e.g. a wedge excision of ten metastases of sarcoma to the lung, or the radiofrequency ablation of five metastatic focuses in the liver in terms of tumour mass reduction, for instance before perfusion chemotherapy, remains open. There are both their advocates and opponents.

c) Another category of the management of distant metastatic disease includes also palliative abdominocentesis for a tumour ascites, or talc poudrage of the interpleural space for a metastatic pleural effusion. The same procedures would be used in the part a/ of the previous third chapter within the bounds of surgical palliation of the manifestation of locally advanced cancer of relevant organs.

Conclusion. No collective authority of a specialized indicating commission can remove from any individual surgeon *the personal responsibility* for the actual treatment sewed to the patient to measure – it is said today personalized. Definitive decision is sometimes done at the most dramatic moment of the surgical procedure. In that sense and in accordance with the above mentioned, a surgeon is not only a meek part of a deciding chain, but as an executive agent, he is autonomous. That does not weaken him; it strengthens him. The more he is well-educated and skilled, the more he is independent and free to make correct decisions. Surgery never means a defensive. The surgery, *cheir ergein*, means, apart from other things, the well informed, consequently reserved, nevertheless a strong fortitude to act.

23. Состояние системы прооксиданты – антиоксиданты крови у больных колоректальным раком

Проблемы лечения больных колоректальным раком (КРР) обусловлены стабильным ростом числа впервые заболевших, что регистрируется во всех развитых странах мира [Lyll MS et al., 2006, Царьков П.В. и соавт., 2018]. При этом у онкобольных отмечаются резкие сдвиги в защитных системах организма и, прежде всего, в системе антиоксидантной и детоксикационной защиты в результате чего у пациентов активируются процессы свободно-радикального окисления (СРО). Повышение активности реакцией СРО сопровождается накоплением в организме свободных радикалов и токсических продуктов перекисидации различной химической структуры, приводит к ослаблению барьерной функции биомембран и нарушению нормальной жизнедеятельности клетки и всего организма в целом, в результате чего у больных раком развивается хронический окислительный стресс и нарастают процессы эндогенной интоксикации.

Цель исследования. Изучить состояние системы про- /антиоксиданты у больных КРР и определить уровень эндотоксикоза у них до проведения хирургического лечения.

Материалы и методы. Исследованию подверглись показатели крови 26 гериатрических оперированных больных колоректальным раком, получавших тамерит (аминофталгидразид) в периоперационном периоде (основная группа №1) и имевших выраженную коморбидность; и 20 больных, получающих традиционную базисную терапию (группа сравнения №2), у которых изучались показатели системы АОЗ до операции, в 1-е, 3-и и 12-е послеоперационные сутки. Контролем служили показатели крови 25 условно здоровых доноров, без диагностированного опухолевого процесса и выраженной соматической патологии, сравнимых по возрасту с исследуемыми группами.

В работе изучались показатели антиоксидантной системы (общая антиоксидантная активность (ОАА) плазмы крови, активность антиоксидантных ферментов – каталазы (КАТ) и супероксиддисмутазы (СОД), показатели процессов СРО (люминол-зависимая H_2O_2 -индуцированной хемилюминесценции (ХЛ), уровень ТБК-активных продуктов), а также определялся уровень эндотоксикоза (ЭТ). Определение ОАА плазмы крови проводился модифицированным амперометрическим способом на анализаторе антиоксидантной активности “Яуза-01-ААА”, производства ОАО НПО “ХИМАВТОМАТИКА” по методу. Активность КАТ исследовали по методу (Beers R., и др., 1952) в модификации. Активность СОД определяли по ее способности ингибировать реакцию аутоокисления кверцетина. Уровень люминол-зависимой H_2O_2 -индуцированной ХЛ определяли на хемилюминотестере ЛТ-1 по методике. Определение базального количества продуктов окислительной модификации биомолекул эритроцитов (ТБК-активные продукты) проводили по методике И.Д. Стальной и Т.Г. Гаришвили. Уровень ЭТ в крови изучали по методике А.А. Тогайбаева, в модификации, основанной на изменении сорбционной способности эритроцитов (ССЭ) при эндотоксикозе.

Результаты. Проведенными исследованиями было установлено, что показатели активности ферментов системы антиоксидантной защиты были в основном снижены у наблюдаемых онкологических больных, при этом отмечен разнонаправленный и разновыраженный характер изменения их активности. Активность КАТ до операции у больных КРР была снижена от 22,4% до 32,3%, относительно показателей контрольной группы. Активность СОД эритроцитов у пожилых больных КРР в дооперационный период практически не отличался от показателей контрольной группы пожилых людей. Показатель ОАА и емкости крови у больных с КРР показал напряжение в работе системы антиоксидантной защиты. ОАА плазмы крови у обследуемых больных был выше показателей контрольной группы на 25,5 - 27,1 %. Это состояние ОАА может быть связано также и с накоплением в крови молекул средней и низкой массы, повышающихся при нарастании явлений эндогенной интоксикации (пептиды, мочевины, мочевая

кислота, креатинин и пр.) и обладающих, в том числе, антиоксидантными свойствами. Этот факт был подтвержден при изучении ССЭ. У наблюдаемых больных был установлен достаточно высокий уровень ЭТ, который проявился повышением уровня ССЭ в среднем на 57,0% относительно данных контрольной группы, что может являться отражением изменения состояния мембран эритроцитов за счет интенсификации окислительных процессов в них и накопления в окружающей среде токсических продуктов гиперкатаболизма. Данное явление было подтверждено и изучением интенсивности процессов СРО с использованием ХЛ. У наблюдаемых больных КРР показатели быстрой вспышки индуцированной ХЛ были снижены на 18,8-23,3 % относительно показателей контрольной группы. Количество ТБК-активных веществ эритроцитов у обследуемых больных, рассчитываемое в виде тиобарбитурового числа (ТБЧ) и отражающих общий уровень процессов СРО и ЭТ было повышено у больных КРР на 90,3-98,4% по сравнению с показателями контрольной группы. Это свидетельствует о развитии у пациентов с онкопатологией выраженного окислительного стресса и нарастании процессов эндогенной интоксикации, что является неблагоприятным фактором в качестве прогноза жизни и эффективности проводимого лечения. В группе больных, получавших аминофталгидразид, показатели антиоксидантной защиты повышались на 27-46% по сравнению с группой контроля.

Заключение. Изучение показателей системы про- /антиоксиданты является важным дополнительным фактором контроля состояния защитных и адаптивных систем организма у больных различных нозологических групп, а также важным инструментом мониторинга проводимого лечения. Аминофталгидразид можно рекомендовать как действенный иммуномодулятор в лечении больных КРР, положительно влияющий на показатели про- и антиоксидантной системы защиты организма.

ВОЕННО-ПОЛЕВАЯ ХИРУРГИЯ, ХИРУРГИЯ ПОВРЕЖДЕНИЙ

1. Закрытая огнестрельная и автодорожная травма груди как синдромо-сходные состояния: организационно- клинические параллели, результаты лечения

Есипов А. В., Фокин Ю.Н., Зуев В.К.
Красногорск, Россия.

ФГБУ «3 Центральный военный клинический госпиталь им. А.А. Вишневого МО РФ»

Актуальность проблемы. В Российской Федерации как при огнестрельных ранениях, так и торакальных повреждениях мирного времени госпитальная летальность остается высокой: 19.8 % (А.А. Найденев и соавт. 2018).

Цель работы – определить основные направления совершенствования системы медицинской помощи при закрытой травме груди.

Материал и методы. В общей системе оказания помощи раненым ЗЦВКГ им. А.А. Вишневого – третий эшелон специализированной медицинской помощи, при поступлении пострадавших в ДТП- травматологический центр первого уровня. Изучены результаты лечения 86 раненых с закрытой травмой груди через бронежилет (БЖ) и 106 пострадавших с торакальной автополитравмой (АПТ).

Результаты и обсуждения. Установлено, что огнестрельная травма груди через БЖ и закрытая торакальная автополитравма по механогенезу, биомеханике, клинике: синдромо-сходные состояния. У 85 % пострадавших диагностированы закрытые повреждения легких, сердца, костного каркаса груди. Для проведения научного анализа на основе объективной оценки тяжести дорожной политравмы (ПТ) нами условно выделены две группы пострадавших: с доминирующей травмой груди (20,9 %) и сопутствующие торакальные повреждения при травмах других локализаций (79.1%). Доминирующую травму (Д) мы рассматриваем как ведущее повреждение, определяющее тяжесть состояния пострадавшего и требующее комплекса неотложных лечебно-диагностических мероприятий для устранения шокогенного жизнеугрожающего патологического процесса. С целью оперативного решения организационных и клинических вопросов при поступлении пострадавшего с закрытой травмой груди нами разработаны и внедрены в практику стандартные операционные процедуры (СОП). Их ключевое звено – интегральная блок-схема лечебно-диагностических мероприятий. Летальность среди пострадавших с доминирующей травмой груди – 17,5 %. при ведущем повреждении головы и сопутствующих торакальных повреждениях – 22.2 %. Умерших в группе раненых с огнестрельной травмой груди через БЖ не было.

Выводы: 1. Синдромо-сходные состояния: патологические процессы различные по этиологии, но сходные по патогенезу, клинике и лечебно-диагностической тактике. 2. При подготовке хирургов необходимо акцентировать внимание на особенностях механогенеза, клиники и лечебно-диагностической тактике закрытой травмы груди мирного и военного времени. 3. Целесообразно интегрировать критерии степени тяжести ПТ с Международной классификацией болезней. 4. Внедрение в практику СОП позволило оптимизировать систему лечебно-диагностических мероприятий при закрытой травме груди.

2. Клинический портрет минно-взрывной травмы груди

Колкин Я.Г.¹, Хацко В.В.¹, Вегнер Д.В.¹, Дудин А.М.¹, Сидоренко Ю.А.², Толстова Н.В.², Филахтов Д.П.¹
Донецк, ДНР

¹Государственная образовательная организация высшего профессионального образования «Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького»

²Кафедра хирургии им. К.Т. Овнатяна Донецкое клиническое территориальное медицинское объединение

Актуальность. Минно-взрывная травма, в условиях современных военных конфликтов, относится к числу наиболее тяжелых видов боевой хирургической травмы. В структуре последней преобладают тяжелые сочетанные формы поражения, приводящие к высокой летальности и развитию осложнений с последующей инвалидизацией пострадавших.

Цель работы: совершенствование диагностики и лечебного пособия пострадавшим с минно-взрывной травмой груди.

Материалы и методы: изучены результаты лечения пострадавших с минно – взрывной травмой груди, находившихся на лечении в клинике хирургии им. К.Т. Овнатяна за период с 2014 по апрель 2019 года. Помимо общепринятых клинических и лабораторных средств обследования применялись следующие специальные методы - фибротрахеобронхоскопия, фиброэзофагогастродуоденоскопия, торакоскопия, лапароскопия, УЗИ плевральных полостей, брюшной полости и забрюшинного пространства, спиральная компьютерная томография (СКТ).

Результаты и обсуждение: в состоянии средней тяжести было доставлено 32 % раненых, в тяжелом — 51 %, в крайне тяжелом и терминальном — 17 % раненых. Тяжесть состояния доставленных в клинику пострадавших была обусловлена, прежде всего, повреждением жизненно важных органов, нарушениями их функций и развитием синдрома взаимного отягощения. Относительно осколочных ранений легкого, следует отметить, что они почти в 100% случаев сопровождались контузией легочной паренхимы, прилежащей к раневому каналу. Клиническая картина нередко отягощалась наличием шока, контузией или гематомой легкого, внутригрудным кровотечением, пневмотораксом, ранением диафрагмы, сердца. При диагностике и уточнении характера ранений предпочтение отдавалось рентгенологическим методам исследования, как наиболее информативным и легкодоступным. В наших наблюдениях внутриплевральные осложнения распределились следующим образом: пневмоторакс – 27 %, гемоторакс – 19%, гемопневмоторакс – 54 %. Лечебные мероприятия были направлены на борьбу с шоком, адекватное обезболивание, санацию трахеобронхиального дерева, антибактериальную терапию. Неотложная торакотомия, которая в части случаев являлась элементом реанимационных мероприятий выполнялась при ранении сердца его тампонаде, подозрении на массивное внутриплевральное кровотечение.

Выводы. Высокая летальность, раневые осложнения, длительные сроки пребывания в лечебных учреждениях, утрата трудоспособности и высокий уровень инвалидизации определяют необходимость дальнейшего совершенствования специализированной медицинской помощи у данной категории пострадавших. Успех лечения пострадавших достигается своевременной диагностикой всех имеющихся повреждений, с первоочередным выделением доминирующей жизнеугрожающей травмы того или иного органа.

3. Обоснование концепции сохранения селезенки при закрытой травме живота

Панов В.В.¹, Мясников Н.И.¹, Суворов В.В.², Пичугин А.А.², Ким И.Ю.¹, Панов А.В.¹

¹Ростов-на-Дону, ²Санкт-Петербург

¹ФГКУ "1602 ВКГ" МО РФ

²ВМедА

Восточная ассоциация хирургов-травматологов (EAST), занимающаяся вопросами хирургии повреждений, в 2012 году утвердила клинические рекомендации по неоперативной тактике лечения повреждений селезенки (Eastern Association for the Surgery of Trauma, 2012). На сегодняшний день многие страны мира приняли и успешно используют органосохраняющую концепцию, определив неоперативную тактику золотым стандартом в лечении травм селезенки (Coccolini F. et al., 2017). В 2016 году были опубликованы данные, убедительно подчеркивающие преимущество нового подхода. Так, в сравнительном исследовании, из 2746 пострадавших с тяжелой травмой селезенки (IV-V ст. по классификации AAST), в половине случаев (52,2%) были сформулированы показания к консервативному лечению. При этом, только у 20,1% пострадавших, из-за отрицательной динамики, пришлось выполнить отсроченную спленэктомию. При этом, уровень летальности при отсроченных спленэктомиях (6,4%) был на порядок ниже по сравнению с прооперированной группой активной хирургической тактики (16,4%). Инфекционные осложнения также наблюдались реже в группе с неоперативной тактикой лечения (Scarborough J E, et al., 2016). В настоящее время в отечественной практике «органосохраняющая концепция» не нашла широкого применения. Однако существуют отдельные сообщения с небольшим количеством клинических наблюдений, подтверждающие положительные результаты указанной тактики. При этом, показаниями для выбора активной хирургической тактики являлись не только нестабильная гемодинамика и клинические признаки перитонита, но и гемоперитонеум более 500 мл, но и IV-V степень повреждения, отсутствие сознания, возраст старше 55 лет, сочетанный характер травмы, спленопатия (Щеголев А.А. и др., 2008, Абакумов М.М. и др., 2013). Настороженность к консервативному лечению травмы селезенки обусловлен как отсутствием национальных рекомендаций, позволяющих обеспечить юридическую защищенность хирурга, так и устоявшееся мнение о том, что селезенка не является «жизненно важным органом» и только «ее удаление способствует надежному гемостазу». Остается открытым вопрос патогенеза отсроченного кровотечения при повреждениях селезенки. В настоящее время имеется большое количество зарубежных сообщений о том, что наиболее обоснованной причиной отсроченного кровотечения являются сосудистые повреждения селезенки, выявляемые при КТ-исследовании (Cocanour C.S. et al., 1994, Sugg S.L. et al., 1995, Takashi M., 2013, Furlan A., 2017). Среди отечественных хирургов принято считать, что отсроченное кровотечение возникает вследствие развития подкапсульной гематомы и двухмоментного разрыва капсулы органа. Слепая экстраполяция зарубежного опыта лечения пострадавших с травмой селезенки на наш взгляд нецелесообразна в связи с разностью систем здравоохранения и в то же время требует независимого и непредвзятого изучения. Всестороннее изучение механизмов отсроченного кровотечения при повреждении селезенки позволит изменить отношение хирургов к тактике лечения. Мы считаем, что изучение этого вопроса в условиях современной отечественной науки возможно при создании адекватной модели закрытой травмы селезенки на животных в экспериментальных условиях. Говоря о важности органа, доказано, что функция селезенки обеспечивает регуляцию иммунной и свертывающей систем крови. Широко известны и зафиксированы случаи развития инфекционных осложнений на фоне гипоспленизма после удаления селезенки, влияющие не только на качество, но и на продолжительность жизни. Наиболее опасным осложнением является молниеносное развитие постспленэктомического сепсиса (OPSI-синдром). Последний наблюдается в 0,23 - 2,4% случаев после удаления селезенки при закрытой травме живота. Летальность при этом достигает 50-70% в течение 12-18 часов от начала заболевания (Шапкин Ю.Г., Масляков В.В., Чалык Ю.В., 2009, Морозов Д.А., Ключев С.А., 2015). Изучение инфекционных осложнений, в том числе OPSI-синдрома, требует мультидисциплинарного подхода. Пациенты с указанным осложнением за частую обращаются спустя длительное время после операции к специалистам смежных профилей (терапия, неврология, пульмонология, гематология). Не связывая патогенез развития заболевания со спленэктомией в анамнезе, очень сложно подсчитать реальные

цифры развития инфекционных осложнений. Тем более сложно определить реальные показатели летальности, когда сепсис связывают с пневмонией и менингитом или, когда его классифицируют как криптогенный. Таким образом, можно заключить, что применение неоперативной тактики лечения повреждений селезенки в России пока носит научно-исследовательский характер. При этом предметом научных интересов остается изучение механизмов отсроченного кровотечения что необходимо для поиска критериев, позволяющих минимизировать риски осложнений. Детальный анализ отсроченных патологических состояний, связанных с удалением органа, позволит нам определить преимущества концепции сохранения селезенки при закрытой травме живота.

4. Закрытые травмы живота с повреждениями поджелудочной железы

Шиленок В.Н. Зельдин Э.Я., Фомин А.В., Богданович А.В., Гецадзе Г.Н.
Витебск

Учреждение образования Витебский государственный медицинский университет

Введение. Травмы живота имеют свою особую клиническую картину, в большинстве случаев носят сочетанный характер, сопровождаются тяжелым шоком, что значительно затрудняет топическую диагностику. По данным литературы повреждения поджелудочной железы при абдоминальной травме встречаются сравнительно редко (4-10% от общего числа повреждений органов брюшной полости). Повреждения поджелудочной железы характеризуются тяжелым течением, прежде всего за счет травматического панкреатита, частота развития которого достигает 87,5%.

Цель исследования состоит в том, чтобы на основании анализа клинического материала в условиях больницы скорой помощи оптимизировать алгоритм диагностических исследований и хирургическую тактику при травмах живота.

Материалы и методы. За предшествующие 20 лет наблюдали 193 пострадавших с закрытой травмой живота. Мужчин 148(76,7%), женщин 45 (23,3%). Возраст госпитализированных колебался от 17 до 88 лет. В первые 6 часов после травмы поступили 93(48,2%), от 7 до 24 часов – 50 (25,9%), позже 24 часов – 46 (22,3%) пациентов. Эпизод травмы не помнили или отрицали 7 (3,6%).

Результаты и обсуждение. Среди наблюдаемых нами пациентов повреждение поджелудочной железы выявлено у 14 (7,2%). Механизм повреждения представлялся в виде прямого резкого удара в живот, у одного - кататравма. У всех пострадавших повреждение поджелудочной железы сочеталось с повреждением других органов и систем – селезенка, печень, желудок, у трёх разрыв 12-перстной кишки, забрюшинная гематома, черепно-мозговые и торакальные травмы. В клинике на первый план выступали симптомы тяжелого шока, внутреннего кровотечения, перитонита. Характерны интенсивные боли в верхней части живота с иррадиацией в спину, частая рвота. С целью диагностики проводились обычные клиничко-лабораторные исследования, лучевая и эндоскопическая диагностика. Все пациенты оперированы в первые 2-3 часа. Для ревизии поджелудочной железы проводили продольное рассечение желудочно-ободочной связки. При наличии забрюшинной гематомы для ревизии головки поджелудочной железы проводили её мобилизацию по Кохеру, но чаще по Каттель-Браашу, что позволяло проревизировать нижнюю горизонтальную ветвь двенадцатиперстной кишки. При ушибах и гематомах никаких манипуляций на железе не проводили, при неполных разрывах производили гемостаз, место повреждения не ушивали. Попытки ушивания неполных разрывов железы или брюшины только увеличивают объем некроза. Дренировали сальниковую сумку мягкими силиконовыми трубками. У трёх пациентов при наличии полного поперечного разрыва на границе тела и хвоста производили дистальную резекцию железы и спленэктомию с ушиванием культи железы и отдельной перевязкой панкреатического протока, дренирование ложа железы и сальниковой сумки. Сочетанное повреждение головки железы и

двенадцатиперстной кишки отмечено у трёх пациентов. У одного пациента произведено ушивание поперечного разрыва нисходящей части двенадцатиперстной кишки и дренирование забрюшинного пространства. У двух пострадавших повреждение головки сопровождалось разрывом нижней горизонтальной ветви двенадцатиперстной кишки. В этих наблюдениях ушивание разрыва кишки дополнялось наложением разгрузочного гастроэнтероанастомоза (у одного по Гаккеру-Петерсену, у другого передним впередиободочным гастроэнтероанастомозом на длинной петле с брауновским соустьем). К тампонированию сальниковой сумки не прибегали. Естественно, вследствие травмы и последующей активацией ферментов поджелудочной железы, у пациентов развивается травматический панкреонекроз. Это обстоятельство требует проведения интенсивной послеоперационной терапии. В течение 8-10 суток проводим антисекреторную терапию производными сандостатина (октреотид, октрайд), блокаторы протонной помпы, антибактериальная терапия. В послеоперационном периоде отмечены осложнения в виде поддиафрагмального абсцесса слева (3), некроза тонкой кишки (1), гнойного парапанкреатита, некроза большой кривизны желудка (1), арозивного кровотечения (2), гнойного бурсита (3). Послеоперационная летальность 5 (35,6%) пациентов. Причиной летального исхода явились тяжелое течение панкреатита, перитонит, абдоминальный сепсис.

Выводы. При любом повреждении органов брюшной полости следует прогнозировать высокий риск летального исхода, что требует быстрой и точной диагностики и адекватного лечения. Послеоперационные панкреатиты возникают после травм поджелудочной железы и селезенки, что диктует необходимость проведения их профилактики и лечения при травмах. Летальность при закрытых травмах живота с повреждением поджелудочной железы связана с тяжелыми гнойно-некротическими осложнениями панкреонекроза с развитием перитонита и абдоминального сепсиса.

5. Диагностические признаки основных клинических симптомов при закрытой травме живота с изолированными повреждением селезенки

Лаврешин П.М.¹, Савченко Ю.П.², Барсуков В.Г.¹, Гобеджишвили В.К.¹, Чотчаев М.К.¹

¹Ставрополь, ²Краснодар

¹ ФГБОУ ВО Ставропольский государственный медицинский университет Минздрава России

² ФГБОУ ВО Кубанский государственный медицинский университет Минздрава России

Актуальность. Одним из сложных разделов экстренной хирургии является своевременная диагностика повреждений органов при закрытой травме живота, летальность при которой достигает 35 %. При этом повреждения селезенки относятся к одним из самых распространенных. Отсутствие специфических симптомов приводит к задержке хирургического лечения в 60% наблюдений.

Целью данной работы явилось изучение частоты встречаемости основных клинических симптомов, характерных для закрытой травмы селезенки.

Материалы и методы. Работа строится на анализе основных клинических симптомов у 192 пациентов с изолированными повреждениями селезенки. Соотношение мужчин и женщин составило 3:1,5. В зависимости от объема внутрибрюшной кровопотери все пациенты были распределены на три группы с объемом внутрибрюшной кровопотери: 1 группа до 500 мл 86 (44,8%); 2 группа-1000-1500 мл 74 (38,5%); 3 группа -более 1500 мл 32 (16,7%). В течение первого часа после получения травмы в стационар поступили 47% больных, 40%- в течение 6 ч, 13% пациентов- позже. 30% от числа всех больных находились в состоянии алкогольного опьянения. Среди причин травмы преобладали ДТП, составившие 46%. Анализ проводился с помощью анкеты, учитывающей основные описанные в литературе клинические симптомы: кратковременное обморочное

состояние, наблюдаемое при субкапсулярных травмах (с-м Мак-Кракена); усиливающиеся боли в области левого подреберья или левой половины живота; иррадиация боли в левое надплечье (за счет раздражения левого диафрагмального нерва -с-м Зегессера), сильная боль в левом плече (с-м Кера); иррадиация в левую ключицу (с-м Элеккера; иррадиация боли в область левого подреберья при толчкообразном надавливании на мечевидный отросток грудины (с-м Хедри); возникновение у больного настоятельной непроизвольной потребности восстановить исходное положение тела при принятии им горизонтального положения (с-м «ваньки-встаньки»); выявление при перкуссии не смещаемого притупления в левом боковом канале (признак Питса и Беленса); появление боли в области заднего прохода; перкуссия при мягкой брюшной стенке, сопровождающаяся выраженной болезненностью (с-м Куленкампфа).

Результаты обсуждения. Частым симптомом пациентов 1 группы является с-м Мак-Кракена, отмечен у 68,6%, с-м «ваньки-встаньки» 31,4 %, 3,5% пациентов жалоб не высказывали. Основными жалобами при поступлении были головокружение и боли в животе. При осмотре общее состояние пострадавших в большинстве случаев было расценено как удовлетворительное. Напряжение мышц передней брюшной стенки выявлено у 78,1% поступивших, слабopоложительный с-м Щеткина-Блюмберга отмечен у 48,8% больных. Распределение показателей частоты дыхания, пульса и артериального давления у пациентов 1 группы: ЧДД-18,8±0,7 в мин; ЧСС- 92±0,5 в мин; АД систолическое-116±0,3 мм рт. ст.; АД диастолическое-70±0,2 мм рт. ст. Клиническая картина у пострадавших 1 группы, отличалась стертой и отсутствием выраженных гемодинамических расстройств. В качестве дополнительных методов исследования использовались лапароскопия и лапароцентез. Их применение позволило предотвратить диагностические ошибки. Во 2 группе на первый план выходят жалобы, связанные с раздражением левого диафрагмального нерва, и симптом «ваньки-встаньки». При осмотре общее состояние пострадавших расценивалось как средней степени тяжести за счёт нестабильной гемодинамики. В большинстве наблюдений было выявлено напряжение мышцы передней брюшной стенки 91.9% пациентов, умеренно выраженный положительный с-м Щеткина-Блюмберга отмечен у 83,8% поступивших. Распределение показателей частоты дыхания, пульса и артериального давления таково: ЧДД-24,3±0,5 в мин; ЧСС-110±0,2 в мин; АД систолическое-96±0,6 мм рт. ст.; АД диастолическое - 50±0,5 мм рт. ст. В отличие от пострадавших 1 группы, во 2ой преобладали гемодинамические расстройства. Исходя из этого, в 16,2% наблюдениях диагноз внутрибрюшного кровотечения был поставлен на основании только клинической картины. Остальным 83,8% пострадавшим для подтверждения диагноза потребовались дополнительные исследования, не инвазивные-УЗИ, КТ, МРТ, и инвазивные-лапароцентез, лапароскопия. По нашим данным, у пострадавших 3 группы отмечаются наиболее выраженные клинические симптомы. Основываясь только на них, повреждения селезенки было заподозрено в 9,4% наблюдениях. В остальных случаях для подтверждения диагноза потребовалось проведение инвазивных методов исследования. В 3 группе выявлены выраженные гемодинамические расстройства: ЧДД-27,8±0,3 в мин; ЧСС-120±0,4 в мин; АД систолическое-80±0,3 мм рт. ст.; АД диастолическое-40±0,2 мм рт. ст. Общее состояние в момент поступления было расценено как тяжелое.

Выводы. Во всех наблюдениях отмечен выраженный с-м Щеткина-Блюмберга, при отсутствии напряжения мышц передней брюшной стенки. Таким образом, выраженность клинических симптомов зависит от объема внутрибрюшного кровотечения. Поэтому необходимо подчеркнуть, что до сих пор при закрытых травмах живота, общепринятой является активная хирургическая тактика.

6. К проблеме восстановления перистальтики кишечника после операции на желудке

Таранов И.И., Атрощенко Э.А., Игнатов В.Н., Петренко В.А., Колесниченко А.А.
Ростов на Дону

Актуальность проблемы. В настоящее время радикальные операции на желудке выполняются весьма редко. Однако своевременное восстановление перистальтики кишечника после таких хирургических вмешательств остается одной из актуальных проблем абдоминальной хирургии.

Цель работы: разработать методику раннего восстановления перистальтики кишечника после операций на желудке.

Материал и методы. Анализу подвергнуто хирургическое лечение 92 больных с язвенными гастродуоденальными кровотечениями, возникшими на фоне пилородуоденального стеноза, из них 47 чел. в послеоперационном периоде получали традиционное медикаментозное лечение, 45 чел. – разработанное лечение. При традиционном хирургическом лечении операция резекция желудка по Бильроту II в модификации Гофмейстера-Финстерера выполнена 23 больным, резекция желудка по Ру – 4 пациентам, прошивание язвы с наложением гастроэнтероанастомоза в 2 случаях, прошивание язвы с пилоропластикой по Финнею – в 3 наблюдениях, прошивание язвы с пилоропластикой по Джадду – у 5 чел. При разработанном хирургическом лечении больных операция резекция желудка по Бильроту II в модификации Гофмейстера-Финстерера выполнена 25 пациентам, резекция желудка по Ру – 2 больным, резекция желудка по Бильроту I в модификации С.С. Юдина – в 8 случаях. Разработанное послеоперационное лечение отличалось тем, что во время операции в верхний отдел пищеварительного тракта вводили двухканальный питательно-декомпрессионный зонд. Проксимальный конец декомпрессионного канала располагали в просвете культи желудка, питательный канал проводили на 18-20 см ниже гастроэнтероанастомоза в тощую кишку. Дистальный конец питательно-декомпрессионного зонда выводили наружу через один из носовых ходов и фиксировали лейкопластырем на лице. В день операции, как только пациент полностью просыпался от наркоза и начинал ориентироваться в пространстве, ему назначали питье жидкости через рот по 50-60 мл на прием. Выпиваемая жидкость смачивала ротовую полость, гортань и пищевод, попадала в культю желудка и через 2-4 минуты начинала вытекать наружу по каналу для декомпрессии, промывая тем самым культю желудка. Кроме того, питье жидкости через рот вызывало условно-рефлекторную активацию желудочно-кишечного тракта по типу «мнимого» питья. В качестве жидкости для питья использовали дегазированную минеральную воду или раствор Рингера. Через канал для питания вводили кислородсодержащий раствор Рингера. В день операции его вводили в объеме 1,0-1,2 л в сутки со скоростью 20 капель в 1 минуту, на 2-3 сутки – 1,6-1,8 л в сутки. После восстановления перистальтики кишечника канал для декомпрессии извлекали из пищеварительного тракта, а по питательному каналу вводили питательные смеси в течение 1 суток, а затем его извлекали.

Результаты и обсуждение. При традиционном ведении послеоперационного периода перистальтика кишечника восстановилась на $2,87 \pm 0,23$ сутки (аускультативно и по данным электроэнтерограмм), отхождение газов выявлено на $3,19 \pm 0,36$ сутки, самостоятельный стул появился на $6,08 \pm 0,39$ сутки. При разработанном послеоперационном лечении перистальтика кишечника выявлялась на $1,42 \pm 0,59$ сутки (по тем же исследованиям), отхождение газов - на $2,67 \pm 0,43$ сутки, отхождение самостоятельного стула на $4,65 \pm 0,67$ сутки.

Заключение. Таким образом, условно-рефлекторная активация желудочно-кишечного тракта путем «мнимого» питья жидкости через рот и введение кислородсодержащей питательной смеси в просвет тонкого кишечника в день операции и в течение 3 суток после нее способствуют более раннему восстановлению перистальтики кишечника после операций на желудке.

7. Кафедра военно-полевой хирургии – наследница кафедры госпитальной хирургии и профессора П.П. Коваленко

Таранов И.И., Атрощенко Э.А., Игнатов В.Н.
Ростов на Дону

ФГБОУ ВО «Ростовский государственный медицинский университет» Минздрава
России

Кафедра военно-полевой хирургии и военно-полевой терапии своим происхождением тесно связана с кафедрой госпитальной хирургии (ныне кафедра хирургических болезней № 1), которой заведовал профессор П.П. Коваленко. В то время на кафедре госпитальной хирургии преподавался курс военно-полевой и военно-морской хирургии, поскольку из студентов готовили врачей запаса для военно-морского флота и в медицинском институте была военно-морская кафедра. В разное время курс военно-полевой и военно-морской хирургии вели доцент В.В. Лясковский и другие преподаватели. По рассказам профессора П.П. Коваленко, когда он вернулся с Великой Отечественной войны, где он всю войну был военно-полевым хирургом, ему профессором П.Н. Напалковым было поручено возглавить преподавание военно-полевой и военно-морской хирургии на кафедре госпитальной хирургии. Сам Петр Петрович был весьма опытным военно-полевым хирургом и с высоким методическим подходом исполнял это поручение. В последующем, после защиты кандидатской и докторской диссертации он возглавил кафедру общей хирургии, а затем в 1961 г. был избран заведующим кафедрой госпитальной хирургии. Когда Петр Петрович руководил кафедрой общей хирургии к нему в аспирантуру поступил Перепечай Леонид Дмитриевич. Л.Д. Перепечай в начале войны работал санитаром военного госпиталя, а затем по призыву в Красную Армию был башенным стрелком танка и прошел боевой путь в составе 4-го Украинского фронта до Кёнисберга. После увольнения в запас он поступил в Ростовский государственный медицинский институт, учился очень хорошо, был Сталинским стипендиатом. После перехода профессора П.П. Коваленко на заведование кафедрой госпитальной хирургии он также перешел на эту кафедру и успешно защитил кандидатскую, а затем в 1969 г. докторскую диссертацию. Ему Петр Петрович поручил возглавить преподавание курса военно-полевой и военно-морской хирургии. Леонид Дмитриевич успешно выполнял это поручение. Однако в 1969 г. данный курс был переведен для преподавания на вновь образованную кафедру травматологии и ортопедии, и профессор Л.Д. Перепечай перешел на эту кафедру. В 1980 г. по ходатайству Петра Петровича и Леонида Дмитриевича приказом ректора преподавание военно-полевой и военно-морской хирургии было выделено в отдельный курс. В 1981 г. профессор Перепечай Л.Д. при поддержке профессора П.П. Коваленко обратился к ректору института профессору Н.Н. Каркищенко с тем, чтобы организовать отдельную кафедру военно-полевой и военно-морской хирургии. Были представлены соответствующие документы в г. Москву и в 1982 г. было организована кафедра военно-полевой и военно-морской хирургии с курсом военно-полевой терапии. Курс военно-полевой терапии был переведен из кафедры госпитальной терапии (ныне кафедра внутренних болезней № 1). Возглавлял новую кафедру профессор Л.Д. Перепечай до ноября 1996 г. и еще 3 года работал профессором кафедры. Во время руководства кафедрой профессор Л.Д. Перепечай всегда придерживался тех принципов преподавания дисциплины, которую он усвоил при профессоре П.П. Коваленко и отмечал значение ученых и врачей Ростовского медицинского института в оказании хирургической помощи раненым в годы Великой Отечественной Войны. В 2016 г. приказом ректора РостГМУ профессора С.В. Шлыка кафедра военно-полевой и военно-морской хирургии с курсом военно-полевой терапии переименована в кафедру военно-полевой хирургии и военно-полевой терапии, поскольку военно-морской кафедры в университете уже не было. Вместо нее был введен Учебный военный центр. Таким образом, кафедра госпитальной хирургии, ее руководитель профессор П.П. Коваленко и его ученик

профессор Л.Д. Перепечай являются основателями нынешней кафедры военно-полевой хирургии.

8. Лечение пациентов с последствиями травм и заболеваний опорно-двигательного аппарата в стационаре кратковременного пребывания

Самодай В.Г.¹, Шевченко Д.С.², Рудой В.Г.^{1,2}, Ушкова О.Г.²
Воронеж

¹ ФГБОУ ВО «Воронежский государственный медицинский университет им. Н.Н. Бурденко» Минздрава России

² Воронежская городская клиническая поликлиника №7

Актуальность. В настоящее время внедрение перспективных технологий и материалов, создание новых имплантов в травматологии и ортопедии, а также улучшение качества анестезиологического пособия позволило ряд малотравматичных операций производить в стационарах кратковременного круглосуточного пребывания (СККП) при центрах амбулаторной хирургии (ЦАХ). К таким операциям относят артроскопические вмешательства на крупных суставах, операции по удалению металлоконструкций в случаях сросшихся, не осложнённых переломов, некоторые виды остеосинтеза на мелких трубчатых костях кисти, стопы и ряд операций на мягких тканях конечностей.

Цель. Определения эффективности выполнения этих операций в условиях СККП ЦАХ при поликлинике.

Материалы и методы. Центр амбулаторной хирургии при Воронежской городской клинической поликлинике № 7 (ВГКП № 7) функционирует с 2004 года. Основным подразделением этого ЦАХ является СККП от 1 до 3 суток, который состоит из 2 операционных залов на 3 операционных стола, 2 предоперационных, перевязочной, процедурной, 5 палат на 10 коек, в состав которых входят 2 палаты интенсивной терапии с централизованной подводкой кислорода и оснащенные необходимым оборудованием для оказания реанимационной помощи.

Результаты и обсуждения. В СККП с 2004 года выполнено 2350 операций по поводу последствий травм и заболеваний опорно-двигательного аппарата. Основное количество операций – 2169 приходится на артроскопические вмешательства и число их с каждым годом возрастает. Из них: диагностических артроскопий произведено 131 (6,0%), резекций медиального мениска – 896 (41,3%), наружного мениска – 282 (13,0%), промываний сустава при деформирующем остеоартрозе, хроническом синовите – 221 (10,2%), хейл-и синовэктомий, резекций гипертрофированной медиопателлярной складки, тела Гоффа – 145 (6,7%) и 110 (5,1 %) удалений хондромных тел. При этом в 7 случаях произведена миниартротомия, поскольку из-за больших размеров хондромного тела (либо расположения его в задних отделах сустава) извлечь его через стандартные доступы не представилось возможным. В 135 (6,2%) случаях у больных с хондромалицией III-IV степени и при асептическом некрозе мыщелков бедренной кости после артроскопического удаления фрагментов разрушенного гиалинового хряща была произведена абразия и микрофрактурирование дефектов. Объём движений увеличился, болевой синдром уменьшился. С 2013 года выполнили 207 (9,5%) артроскопических аутопластик передней крестообразной связки. Для формирования аутотрансплантата использовали сухожилия нежной и полусухожильной мышц, фрагмент квадрицепса с костным блоком и фрагмент собственной связки надколенника с двумя костными блоками. Аутотрансплантат фиксировали как биодеградируемыми имплантатами («Rigid fix», «Bio-intrafix», «Absolut»), так и титановыми интерферентными винтами. Эти операции производили под эпидуральной анестезией. Длительность пребывания пациентов в стационаре после пластики передней крестообразной связки была до трех суток. В послеоперационном периоде, в большинстве случаев, иммобилизация не требовалась, передвижения в брейсе рекомендовали только больным, оперированным по

поводу повреждения связочного аппарата. Со второго дня после операции назначали физиотерапевтическое лечение, лечебную физкультуру, хондропротекторы перорально и внутрь сустава. Гнойно-септических осложнений не было. Реабилитация в среднем занимала 3-4 недели. С 2014 г в СККП ВГКП №7 выполнили 42 (1,9) артроскопические операции при заболеваниях и повреждениях плечевого сустава. Доступ в сустав осуществляли в положении пациента «пляжное кресло» с тракцией за оперируемую конечность грузом 3 кг. Все эти операции выполнены под эндотрахеальным наркозом. В 9 случаях при привычном вывихе плечевого сустава выполнили открытую пластику переднего отдела сустава. Из них 3 операции произвели по методике Бойчев II, и в 6 – выполнили транспозицию клювовидного отростка лопатки с общим сухожилием в зону костного дефекта гленоида (операция Латарже-Бристоу). После операции пациентам рекомендовали иммобилизацию оперированной конечности в повязке Дезо до шести недель. Произведено 60 операции по удалению металлоконструкций после переломов костей голени, ключицы, плечевой и бедренной костей. Оперативные вмешательства производили под внутривенной, эпидуральной и эндотрахеальной анестезией. Осложнений не было. В условиях СККП ВГКП №7 произведено 7 операции металлоостеосинтеза переломов костей предплечья (накостный синтез пластиной и винтами), а также пястных и плюсневых костей (внутрикостный синтез спицами Киршнера). Так как после операции металлоостеосинтеза больные находились в стационаре в течение 1 суток, то во всех случаях пациентам накладывали «дисциплинарную» гипсовую лонгету на срок до 2-3 недель. После удаления металлоконструкций из ключицы и плечевой кости осуществляли иммобилизацию конечности косынкой до снятия швов. С 2006 года выполнена 71 операция по поводу контрактуры Дюпюитрена II-III степени. Последние несколько лет мы выполняем эти вмешательства под комбинированной анестезией (проводниковая и внутривенная). В трех случаях была произведена пластика ладонного дефекта V пальца тыльным лоскутом основной фаланги IV пальца с созданием временной синдактилии. В послеоперационном периоде до заживления послеоперационных ран накладывали гипсовую лонгету до средней трети предплечья. Проводили физиотерапевтическое лечение и лечебную физкультуру. Послеоперационный период осложнился в ряде случаев подкожными гематомами, нестойкими нарушениями трофики тканей (отеком кисти, сухостью кожи, шелушением, потемнением ногтевой пластинки), а у 6 пациентов - расхождением послеоперационного шва, вторичным заживлением. С учетом этого с 2012 года мы не ушиваем полностью послеоперационные раны, особенно в тех случаях, когда имеется значительный кожный дефект. В таких ситуациях укладываем на дно раны гемостатическую губку с мазью «Левомеколь» и после её биодеградации и появления грануляций выполняем пластику свободным кожным лоскутом. Иногда эпителизация происходит быстро и в пластике нет необходимости. У всех наших пациентов получен хороший функциональный результат. В условиях СККП у 11 пациентов произведена оперативная коррекция поперечного плоскостопия II-III степени по методике Шедде-Брандеса с иммобилизацией в гипсовом сапожке и последующим физиотерапевтическим лечением, лечебной физкультурой. Осложнений у оперированных больных не отмечалось. Функциональный и анатомический результат хороший. С 2007 года 20 пациентам произвели иссечение суставной сумки локтевого сустава, 2 - выполнили тенолиз и одному пожилому больному с сопутствующей соматической патологией выполнили ампутацию значительно деформированного второго пальца правой стопы. Осложнений не наблюдали. Необходимости перевода после операций наших пациентов из СККП ВГКП №7 в травматологические и ортопедические стационары больниц не возникало.

Выводы. Исходя из накопленного нами опыта работы в стационаре кратковременного круглосуточного пребывания центра амбулаторной хирургии при Воронежской городской клинической поликлинике № 7 можно сделать вывод о том, что внедрение современных стационарозамещающих технологий позволяет оказывать специализированную помощь определенным группам пациентов с последствиями травм

и заболеваний опорно-двигательного аппарата. Это снижает экономические затраты на лечение и способствует уменьшению очередности на оперативное лечение в травматологических и ортопедических отделениях больничных учреждений.

9. Изолированная и комбинированная артроскопическая пластика передней, задней крестообразных и боковых связок в стационаре кратковременного круглосуточного пребывания при поликлинике

Шевченко Д.С.², Самодай В.Г.¹, Рудой В.Г.^{1,2}, Ушкова О.Г.²
Воронеж

¹ ФГБОУ ВО «Воронежский государственный медицинский университет им. Н.Н. Бурденко» Минздрава России

² Воронежская городская клиническая поликлиника №7

Актуальность. В настоящее время все большее количество людей нуждается в полноценном восстановлении функции коленного сустава, сниженной из-за повреждения связок и возникшей нестабильности сустава. Совершенствование современных методов диагностики и дальнейшего развития видеоскопической техники позволило выполнять операции, стабилизирующие коленный сустав, по показаниям и с минимальной травматичностью. Это дало возможность производить их не только в условиях больничных стационаров, но и в условиях стационара кратковременного круглосуточного пребывания (СККП) в центре амбулаторной хирургии при Воронежской городской клинической поликлинике №7 (ВГКП №7).

Цель. Изучить результаты и рассмотреть возможность выполнения как изолированной артроскопической пластики передней крестообразной связки (ПКС) и задней крестообразной связки (ЗКС), а так же их сочетание с восстановлением боковых связок при комбинированной нестабильности в условиях СККП ВГКП №7.

Материалы и методы. С 2013 года на базе СККП ВГКП №7 выполнено 207 артроскопических реконструкций ПКС. Возраст пациентов от 18 до 52 лет, из них мужчин 65%, женщин 35%. Масса тела не более 115 кг. Рентгенологические признаки остеоартроза травмированного сустава были не более I ст. Во всех случаях операцию производили под эпидуральной анестезией. Использовали эндоскопическое оборудование и артроскопические инструменты от производителей: «Крыло», «Mitek» (J&J), «Karl Storz», «Richard Wolf», «Smith & Nephew», «Arthrex».

Результаты и обсуждение. До 2018 года мы применяли транстибиальную технику формирования каналов и выполнили 112 (54,1%) подобных операций. Использовали аутотрансплантат из сухожилий нежной и полусухожильной мышц в 85 (41,1%) случаев, фрагмент сухожилия квадрицепса бедра с костным блоком – в 12 (5,8%), и в 15 (7,2%) случаях применили фрагмент собственной связки надколенника с двумя костными блоками - «кость-сухожилие-кость» (ВТВ-трансплантат). В бедренной кости трансплантат фиксировали поперечными пинами Rigid fix 108 (52,2%) и титановыми пуговицами 4 (1,9%). У 29 (14,0%) пациентов при фиксации трансплантата к большеберцовой кости использовали биодеградируемую конструкцию «гильза-винт» Bio-intrafix. У 83 (40,1%) пациентов с этой целью использовали интерферентный винт Absolut. С 2018 года канал в бедренной кости мы формируем через антеромедиальный порт. Таких операций было выполнено 95 (45,9%). По нашему мнению, это позволяет позиционировать трансплантат ПКС внутри сустава более анатомично и добиться лучшей стабильности сустава. Во всех случаях трансплантат фиксировали внутриканально винтами. При одновременном повреждении ПКС и наружной или внутренней боковой связки, ВТВ-пластику ПКС сочетали с пластикой соответствующей боковой связки аутотрансплантантом из сухожилия полусухожильной мышцы. В 5 (2,4%) случаях выполнена одномоментная реконструкция ПКС и медиальной коллатеральной связки сухожилием полусухожильной мышцы. При этом сохраняли прикрепление сухожилия на большеберцовой кости, а проксимально фиксировали к

медиальному мыщелку бедренной кости интерферентным винтом. У 6 (2,9%) пациентов вместе с ПКС восстанавливали наружный боковой комплекс аутотрансплантатом из сухожилия нежной мышцы. Трансплантат проводили через канал в головке малоберцовой кости и оба конца фиксировали к латеральному мыщелку бедренной кости винтом. В СККП ВГКП № 7 одной (0,5%) пациентке с разрывом ЗКС и хронической задней нестабильностью коленного сустава мы выполнили изолированную аутопластику ЗКС трансплантатом из сухожилий нежной и полусухожильной мышц. У одного (0,5%) пациента была выполнена одномоментная пластика ПКС фрагментом сухожилия четырехглавой мышцы бедра и ЗКС синтетическим имплантом (Дона-М). В ходе операции проводили антибиотикопрофилактику (цефтриаксон 2,0 внутривенно). После операции антибиотики вводили внутримышечно до 10 дней. Так как в СККП ВГКП № 7 пациенты после операции находились в среднем до трех суток, а дальнейшее лечение продолжали в хирургическом поликлиническом отделении ВГКП №7, мы придерживались щадящего протокола реабилитации с фиксацией оперированного сустава в жестком наколеннике с регулируемым углом сгибания (ортезе). В ходе реабилитации угол сгибания постепенно увеличивали. У 192 (92,8%) пациентов результаты операции расценены как хорошие. В послеоперационном периоде у 15 (7,2%) больных были отмечены осложнения. В 4 (1,9%) случаях после начала разработки движений возник рецидивирующий синовит, сопровождавшийся субфебрилитетом продолжительностью до трех недель. Посев содержимого из сустава роста патогенной флоры не дал. Производили повторные пункции, консервативное лечение. Явления синовита и субфебрилитета были купированы. В 2 (1,0%) случаях после внезапного падения пациента на оперированное колено произошла внутритуннельная миграция винта. При контрольном МРТ исследовании установлено, что целостность и ход связки сохранены. У 2 (1,0%) женщин 36 и 43 лет через 2-3 недели после операции возник синовиальный свищ в проекции Bio-intrafix. Отделяемое было стерильным. Сустав оставался «спокойным». После иссечения стенок, свищи закрылись. В одном случае фиксатор был удален. У 2 (1,0%) пациентов в процессе разработки возник острый рецидив нестабильности сустава с разрывом трансплантата, обусловленный повторной травмой. Им выполнили ревизионную пластику ПКС ВТВ-трансплантатом с дальнейшим переводом на амбулаторное лечение. У 5 (2,4%) человек в сроки 3-5 месяцев после операции стали беспокоить проявления нестабильности сустава. Пациенты продолжили консервативное лечение (ЛФК, физиолечение, механотерапия) с благоприятным исходом. По нашему мнению, рецидив нестабильности возникает в результате неправильного позиционирования трансплантата внутри сустава и нарушением протокола реабилитации самим пациентом.

Выводы. При условии высокой квалификации персонала и достаточной технической оснащенности операционного блока возможно восстановление стабильности коленного сустава посредством как изолированной так и комбинированной пластики ПКС, ЗКС и боковых связок в условиях стационара кратковременного круглосуточного пребывания (СККП) в центре амбулаторной хирургии при Воронежской городской клинической поликлинике №7. Положительный опыт произведенных нами операций позволяет предположить дальнейшее расширение спектра видеозендоскопических операций, применение в будущем других методик пластики, возможность освоения артроскопии других суставов.

10. Применение неодимового магнитного экстрактора ферромагнитных инородных тел в клинической практике

Толмосов Ю.В.¹, Логинов В.И.², Дзеранов Д.Т.¹, Лунин С.А.¹, Бабурин А.Б.², Казнин Д.В.²

Нижний Новгород

¹ГБУЗ НО «Городская больница № 33» г. Нижний Новгород

²ФГКУ «422 военный госпиталь» МО РФ

Проблема инородных тел была и остается актуальной в медицине вообще, и, в частности, в хирургии. В ряде случаев в мягких тканях и крупных суставах тела человека по различным причинам оказываются инородные тела, извлечение которых требует хирургического вмешательства. Такими причинами могут быть различные ранения и повреждения, в том числе: огнестрельные пулевые и осколочные ранения; миграция металлоконструкций после операций остеосинтеза (проволока, спицы) и другие травмы, сопровождающиеся сохранением инородного тела в мягких тканях. Результаты клинических наблюдений свидетельствуют о том, операции удаления инородных тел требуют от хирурга точного знания их топографии, что достигается интраоперационным использованием эндоскопического оборудования (при локализации инородных тел в полостных структурах), рентгеновского электронно-оптического преобразователя (при локализации в мягких тканях), ультразвуковой навигации (в случаях неметаллических инородных тел). Однако при всех трудностях точной топической диагностики инородных тел, существует также проблема наличия и внедрения специализированного хирургического инструментария для их извлечения. В настоящее время для удаления инородных тел, в том числе и ферромагнетиков, преимущественно используются механические способы. При этом повсеместно распространёнными и общеизвестными являются постоянные магниты для извлечения ферромагнитных тел, представляющие собой бруски, различной формы и массы. Недостатками этих магнитов являются: сравнительно небольшая сила сцепления с инородным телом при большой массе самих магнитов; возможность использования магнита только при поверхностном расположении инородного тела; пониженная эргономичность в связи с отсутствием манипулятора. Также для выполнения операций удаления ферромагнетиков разработано несколько модификаций инструментов, рабочая часть которых образована электромагнитом, имеющие достаточную высокую силу сцепления с инородным телом. Однако эти устройства имеют следующие общие недостатки: необходимость источника постоянного тока; контроль безопасного уровня напряжения электромагнитного поля при помощи других приборов (вольтметр); затруднения при удалении инородных тел из подкожно-жировой, клетчатки и мышечной ткани. Одним из перспективных направлений является создание специализированного хирургического инструментария на основе постоянного неодимового магнита, который не требует источника постоянного тока для создания магнитного поля и позволяет отказаться от использования дополнительной аппаратуры. Широкий диапазон рабочих температур (от -60°C до $+220^{\circ}\text{C}$) неодимового магнита, позволяет стерилизовать устройства, что отвечает современным требованиям асептики и антисептики, предъявляемым к хирургическому инструментарию.

Учитывая наличие вышеперечисленных преимуществ, нами предложен и используется в клинике неодимовый магнитный экстрактор ферромагнитных инородных тел, который включает в себя: 1. Манипулятор, имеющий модульное строение и состоящий из рукоятки, с наружной резьбой на конце и эластичного переходника, представленного следующих вариантах его длины – 160 мм, 200 мм, 250 мм. Эластичный переходник независимо от его длины имеет на своем проксимальном конце внутреннюю резьбовую нарезку, которая обеспечивает прикрепление рукоятки посредством резьбового соединения. На дистальном конце эластичного переходника имеется наружная резьба, которая обеспечивает соединение переходника с рабочей частью инструмента; 2. Рабочую часть, состоящую из постоянного неодимового магнита, цилиндрической формы неподвижно закреплённого в основании, которая на своем проксимальном конце имеет внутреннюю резьбовую нарезку для фиксации к эластичному переходнику манипулятора посредством резьбового соединения. Рабочая часть устройства представлена в нескольких вариантах в зависимости от силы сцепления неодимового магнита (10 кг, 20 кг, 30 кг, 40 кг, 50 кг) и имеет одинаковое строение.

Приводим одно из клинических наблюдений, доказывающих эффективность использования предлагаемого устройства. Больная Б., 42 лет поступила в

травматологическое отделение ГБУЗ НО ГБ №33 в декабре 2018 года с диагнозом: Закрытое повреждение внутреннего мениска правого коленного сустава. Больной по показаниям выполнена лечебно-диагностическая артроскопия, резекция внутреннего мениска коленного сустава. В ходе оперативного вмешательства интраартикулярно произошла поломка рабочей части артроскопического инструмента с миграцией инородного тела в задний заворот коленного сустава. Неоднократные попытки удаления инородного тела механическими способами не увенчались успехом. В связи с чем, было принято нестандартное решение об установке в инструментальный порт неодимового магнита, при помощи которого выполнено извлечение инородного тела из полости сустава. Использование в данной ситуации магнита позволило избежать травматичной открытой операции на коленном суставе, а также возможных претензий со стороны пациента по поводу повреждений ятрогенного характера.

Как показывает приведенное клиническое наблюдение неодимовый магнит и устройства на его основе, имея совокупность вышеперечисленных преимуществ, повышает эффективность работы хирургической бригады при выполнении операции удаления ферромагнитного инородного тела, снижает травматичность оперативного вмешательства и тем самым способствует снижению длительности стационарного лечения и реабилитации пациентов указанного профиля.

11. Оперативные вмешательства на плечевом суставе в стационаре кратковременного круглосуточного пребывания при поликлинике

Шевченко Д.С.², Самодай В.Г.¹, Рудой В.Г.^{1,2}, Ушкова О.Г.²
Воронеж

¹ ФГБОУ ВО «Воронежский государственный медицинский университет им. Н.Н. Бурденко» Минздрава России

² Воронежская городская клиническая поликлиника №7

Актуальность. С развитием артроскопии плечевого сустава удалось по-новому оценить и успешно лечить многие внутрисуставные повреждения, которые раньше поддавались лишь консервативному симптоматическому лечению с временным эффектом.

Цель. Обосновать возможность выполнения артроскопических операций при внутрисуставных повреждениях и дегенеративных изменениях в плечевом суставе в стационаре кратковременного круглосуточного пребывания (СККП) при поликлинике.

Материалы и методы. С 2014 г в СККП при Воронежской городской клинической поликлинике №7 мы выполнили 42 артроскопические операции при повреждениях и заболеваниях плечевого сустава и 9 открытых пластик переднего отдела плечевого сустава. Все операции выполнены под эндотрахеальным наркозом в положении пациента «пляжное кресло» с тракцией за оперируемую конечность грузом 3 кг. Артроскопический шов ротаторной манжеты с использованием металлических и биодеградируемых якорей TWINFIX размером 3,5 и 4,5 мм выполнили 12 (28,6%) пациентам. При этом в ходе 8 операций на заключительном этапе были вынуждены завязывать узлы через небольшой разрез. Это произошло вследствие набухания мягких тканей и ухудшения визуализации. Всем пациентам производили иссечение субакромиальной сумки, тенотомию сухожилия бицепса. В 2 случаях сухожилие было подшито к мягким тканям. Оперированную конечность фиксировали в тугоре с отведением плеча под 45 градусов. Артроскопические операции по поводу приводящей контрактуры плечевого сустава, адгезивного капсулита, субакромиального бурсита выполнили 8 (19,0%) пациентам. Непосредственно перед операцией после развития анестезии производили редрессацию сустава. Артроскопически выполняли иссечение ротаторного интервала, синовэктомию, рассечение капсулы сустава по периметру, тенотомию измененного сухожилия длинной головки бицепса, субакромиальную декомпрессию с достаточной резекцией передненижней поверхности акромиона.

Разработку движений после операции рекомендовали максимально рано, учитывая при этом возраст, исходную степень контрактуры сустава, интенсивность послеоперационных болей. У 12 (28,6%) пациентов при артроскопии выявлены теносиновит сухожилия бицепса, повреждение заднее-верхнего отдела суставной губы гленоида (SLAP). До операции эти пациенты предъявляли жалобы на боли, хруст в плечевом суставе, «щелчки» при наружной ротации и отведении плеча. В ходе артроскопических вмешательств выполнили резекцию, абразию поврежденных фрагментов губы, тенотомию бицепса с последующим тенодезом экстаартикулярно на передней поверхности плечевой кости при помощи биодеградируемого якорного фиксатора LUPINE. При хронической нестабильности сустава 10 (23,8%) пациентам выполнена рефиксация передне-нижнего сегмента суставной губы гленоида. Поврежденный фрагмент и капсулу сустава подшивали к двум фиксаторам LUPINE. После этих операций производили иммобилизацию мягкотканной повязкой до трех недель с последующей разработкой сустава. Открытую пластику переднего отдела плечевого сустава выполнили у 9 пациентов с привычным вывихом плечевого сустава и значительным дефектом передне-нижнего отдела гленоида. Из них произвели 3 операции по методике Бойчев II и 6 транспозиций клювовидного отростка лопатки с общим сухожилием в зону костного дефекта гленоида (операция Латарже-Бристоу). После операции пациентам рекомендовали иммобилизацию оперированной конечности в повязке Дезо до шести недель.

Результаты. В послеоперационном периоде все пациенты отмечали увеличение объема движений в суставе, восстановление мышечной силы, уменьшение боли, отсутствие ощущения «хруста». Рецидивов нестабильности не было. В двух случаях после шва застарелого обширного разрыва вращательной манжеты при уменьшении болевого синдрома удалось добиться увеличения отведения плеча лишь на 30 градусов. Субъективно результатом лечения пациенты остались удовлетворены. У одной пациентки 75 лет с выраженной контрактурой плечевого сустава, из-за опасения совершить во время операции ятрогенный перелом плечевой кости, не удалось выполнить редрессацию сустава и все необходимые манипуляции. Увеличение объема движений оценили как неудовлетворительное, уменьшение болей незначительное. После тенодеза сухожилия длинной головки бицепса у одной пациентки возникла серома послеоперационного рубца, которая была удалена. Объем движений восстановлен.

Выводы. При достаточном оснащении, подготовке хирургов и необходимом анестезиологическом пособии возможно выполнение артроскопических вмешательств у пациентов с повреждениями и заболеваниями плечевого сустава в условиях СККП при поликлинике, с переходом, при необходимости, на открытые операции.

12. Оптимальный алгоритм диагностики и хирургического лечения пострадавших с тяжелой сочетанной висцеральной травмой и повреждениями двенадцатиперстной кишки

Тания С.Ш., Демко А.Е., Савелло В.Е., Бабич А.И.
Санкт-Петербург
ГБУ СПб НИИ СП им. И.И. Джанелидзе

Актуальность обусловлена редкими наблюдениями, трудностями диагностики в остром периоде травматической болезни, высокой частотой тяжелых инфекционных осложнений.

Цель исследования. Улучшить результаты лечения пострадавших с тяжелой сочетанной висцеральной травмой и повреждениями двенадцатиперстной кишки.

Материал и методы. В основу исследования лег ретроспективный анализ лечения 1038 пострадавших с шокогенной сочетанной травмой и ISS более 20 баллов при отрицательном или сомнительном прогнозе для жизни по Ю.Н. Цибину. Сочетанные повреждения живота были выявлены у 60% пострадавших. Основными причинами

явились автотравма и кататравма. Доминирующая травма живота составила 17%, а конкурирующая 8%. Среди всех висцеральных абдоминальных повреждений, наиболее часто встречались разрывы паренхиматозных органов - 42,2% с тяжелыми внутрибрюшными кровотечениями, далее по частоте следуют разрывы кишечника и его брыжейки – 25,2%. Чаще всего диагностировались травма печени, селезенки, поджелудочной железы, почек, тонкой кишки, толстой кишки, брыжейки. Повреждения двенадцатиперстной кишки диагностировались редко и выявлены у 13(1,3%) пострадавших. Локализация и характер повреждений двенадцатиперстной кишки, по Edwards E., Moog E., следующий: верхний горизонтальный отдел D1-1(7,7%) пациент (повреждение IV степени); нисходящий отдел D2 - у 9(69,2%) пациентов (повреждение IV степени – 1(7,7%), повреждение III степени – 7(53,8%), повреждение II степени – 1(7,7%); нижний горизонтальный отдел D3 - у 2(15,4%) пациентов (повреждение III степени - 2(15,4%); восходящий отдел D4 - 1 (7,7%) пациент (повреждение I степени). Сложность диагностики обусловлена жизнеугрожающими нарушениями витальных функций, наличием ИВЛ, обширными висцеральными повреждениями, осложненными травмами позвоночника. Основными инструментальными методами исследования явились лучевая и эндоскопическая диагностика. По разработанному лечебно-диагностическому алгоритму в экстренном порядке выполнена МСКТ 5 зон без контрастирования: голова, грудь, живот, таз, позвоночник, после купирования жизнеугрожающих повреждений. FAST протокол выполнен экстренно в 100% и лапароцентез в 77% случаев. Ультразвуковое исследование также проводилось ежедневно в динамике в остром периоде травматической болезни. ФГДС в срочном порядке выполнена в 30,8% случаев. Экстренная лапаротомия проведена у 4(30,8%) пострадавших и у 3(23,1%) видеолапароскопия с последующей конверсией, а у 6(46%) пациентов лапаротомия произведена в отсроченном порядке, позже 48 часов, после развившихся гнойно-септических осложнений. Операции проводились в рамках стратегии Damage Control. Основной вид оперативного вмешательства — это применение маневра Cattell-Braasch, Kocher и дивертикулизация в модификации Graham и Mattox с наложением холецистостомы и межкишечного анастомоза по Брауну с заведением силиконового зонда за анастомоз для энтерального питания.

Результаты и обсуждение. Повреждения двенадцатиперстной кишки в значительной степени усугубляют прогноз развития инфекционных осложнений и тяжесть течения травматической болезни. Лучшие результаты достигнуты у тех пациентов, где диагностика и операция проведены в первые часы. Основные жизнеугрожающие осложнения, развившиеся в раннем периоде травматической болезни у пострадавших с поздней диагностикой это: перитонит и забрюшинная флегмона с развитием тяжелого сепсиса у 6(46%); наружный дуоденальный свищ у 4(31%) с повреждением III-IV степени; так же тяжелый сепсис развился у 2(15,4%) пострадавших на фоне тяжелой посттравматической пневмонии. Причиной смерти в остром периоде травматической болезни у 2(15,4%) пострадавших явились шок, кровопотеря, отек и дислокация головного мозга, а причиной смерти у 4(30,8%) пострадавших с поздней диагностикой повреждения двенадцатиперстной кишки, стал тяжелый сепсис.

Выводы. Пострадавшим с тяжелой сочетанной травмой живота при повреждениях печени, правой почки, поперечной ободочной кишки, правого мочеточника, нижней полой вены, абдоминальной части аорты, поджелудочной железы, желчевыводящих протоков, желудка, верхних брыжеечных сосудов, проксимальных отделов тощей кишки в 100% случаев производить ФГДС при поступлении в срочном порядке. Для увеличения информативности необходимо проводить МСКТ с контрастированием и предварительным введением в желудок водорастворимого контраста. Предпочтение следует отдавать малотравматичным операциям в рамках стратегии Damage Control.

13. Опыт успешного лечения пострадавших с ранениями гортаноглотки с полным поперечным пересечением гортани

Саркисян В.А., Чубарян К.А., Хатламаджиян А.Г., Малыхина Ю.Л., Саркисян А.В.,
Савенко Д.Ю.
Ростов-на-Дону.
МБУЗ «Городская БСМП»

Актуальность. В структуре повреждений мирного времени ранения шеи встречаются в 2-10% случаев (Трунин Е.М., Михайлов А.П., 2004; Завражнов А.А., 2005). Ранения шеи сопровождаются повреждением гортани и глотки в 9,9%. Случаи полного поперечного пересечения гортани единичны.

Цель работы: показать результаты успешного лечения пострадавших с ранениями гортаноглотки, возможности применения основных концепций лечения пострадавших с тяжелыми травмами.

Материалы и методы. В 2018-2019 гг. в условиях травматологического отделения №2 МБУЗ ГБСМП г. Ростова-на-Дону успешно пролечено 2 с полным поперечным пересечением гортани.

Результаты и обсуждение. Case №1. Пациент К., 31 год. Состояние при поступлении тяжелое. Сознание ясное. Гемодинамика стабильная, в анализах – анемии нет. Локально по передней поверхности шеи – поперечно-расположенная рана, размерами 10x4x4 см, кровотечение из раны небольшой интенсивности, в ране визуализируется надгортанник и вход в гортань. В сердечной зоне – множественные (15) колото-резаные раны, также имела место резаная рана левого предплечья. Этапы оказания помощи: 1. ПХО, ревизия раны шеи. Повреждения крупных сосудов исключено. Рана проникала в просвет гортаноглотки между подъязычной костью и надгортанником. Были повреждены боковые и задняя стенка гортаноглотки. Гортань и пищевод с конечным отделом гортаноглотки оказались полностью разобщены от вышележащих отделов. - Выполнена интубация трахеи непосредственно через рану шеи. Начата ИВЛ и эндотрахеальный наркоз. Рана тампонируется марлевыми салфетками. Решены задачи контроля критического кровотечения, обеспечения проходимости дыхательных путей и дыхания. 2. Видеоторакоскопия, исключено повреждение сердца. Остановка кровотечения из ран левого легкого, удаление свернувшегося гемоторакса. Решенные задачи – полный контроль и остановка кровотечения. С учетом стабильной гемодинамики пациента принято решение о применении тактики ETC (early total care). 3. Выполнена нижняя трахеостомия. 4. Продолжена ПХО раны шеи. Выполнена восстановление гортаноглотки путем циркулярного однорядного шва, по типу анастомоза конец в конец. Case №2. Пациент Ц., 37 лет. Состояние крайне тяжелое. Сознание оглушение 2-сопор. Гемодинамика нестабильная, в анализах – анемия. Локально по передней поверхности шеи – поперечно-расположенная рана, размерами 12x6x6 см, кровотечение из раны умеренной интенсивности, в ране визуализируется надгортанник и вход в гортань. Этапы оказания помощи: 1. ПХО, ревизия раны шеи. Интубация трахеи непосредственно через рану. Выполнен гемостаз из поврежденных передних и ветвей наружных яремных вен. Выявлен открытый перелом подъязычной кости. Рана проникала в просвет гортаноглотки между надгортанником и щитовидным хрящом, были повреждены боковые стенка гортаноглотки. Рана дренирована ПВХ трубчатыми дренажами, тампонируется марлевыми салфетками. Решены задачи контроля критического кровотечения, обеспечения проходимости дыхательных путей и дыхания. Длительность этапа 20 минут. С учетом нестабильной гемодинамики пациента принято решение о применении тактики DCS (damage control surgery). Оперативное вмешательство завершено. Пациент переведен в реанимационное отделение. По прошествии 1 суток после травмы и стабилизации гемодинамики. Выполнена нижняя трахеостомия, ВХО раны шеи, восстановление гортаноглотки путем циркулярного однорядного шва, по типу анастомоза конец в конец. Послеоперационный период. Средние сроки ИВЛ: 1 случай – 1 сутки (пребывание в АРО – 3 суток), 2 случай – 4 суток (пребывание в АРО – 6 Суток). Дренажи удалены на 5 сутки. Разрешено пить жидкость на 6 сутки. Манжета трахеостомической канюли сдута на 7 сутки, трахеостомическая канюля периодически

перекрывалась пробкой. Тем самым частично восстановлено дыхание через естественные дыхательные пути. При глотании жидкости признаков аспирации не отмечалось, что является свидетельством восстановления функции надгортанника (разобщение дыхательных путей от пищеварительного тракта при глотании). Фиброфаринго-ларингоскопия, санация полости гортани, удаление трахеостомической канюли на 8 сутки. Удаление назогастрального зонда на 8 сутки, разрешен прием измельченной и жидкой пищи. Восстановление голоса сразу после удаления трахеостомической канюли. Снятие швов на 13-14 сутки после операции. Выписка из стационара на 15 сутки.

Выводы: 1. В лечении пострадавших с ранениями гортаноглотки с полным поперечным пересечением гортани могут и должны применяться общепринятые концепции лечения травм (ETC, DCS с применением принципов ATSL). 2. При проникающих повреждениях гортаноглотки необходимо ушивать дефект стенки органа в сочетании с активным дренированием раны вне зависимости от срока выполнения вмешательства. 3. Циркулярный однорядный шов гортаноглотки является методом выбора. 4. Послеоперационное ведение пациента должно быть поэтапным, с контролем восстановления функций гортани и глотки на каждом этапе.

14. Клинико-экспериментальное обоснование лечебной тактики при ранениях сердца

Кочергаев О.В.^{1,2}, Котыкин В.А.², Рыжкова Л.В.², Давыдова В.М.²
Самара

¹ФГБОУ ВО «Самарский государственный медицинский университет» Минздрава
России

²ГБУЗ Самарской области «Самарская городская больница №2 имени Н.А.
Семашко» Минздрава России

Проблема ранений сердца является актуальной и в нашей действительности. Большое количество трудоспособного населения погибает от внешних причин. Следует отметить, что более 50% умерших от повреждений груди, имели ранение сердца (Абакумов М.М. и соавт, 2015; Брюсов П.Г., 2015; Бисенков Л.Н., 2016).

Цель. Систематизировать и улучшить результаты лечения пострадавших с ранениями сердца.

Материалы и методы. В основе проведенного исследования две части: экспериментальная и клиническая. Задачей экспериментальной части было определение патогенеза развития тампонады сердца. Для этого были отобраны 24 беспородистые собаки обоего пола массой от 11 до 24 кг. Для моделирования ранения сердца, осложненного тампонадой, использовали разработанную модель. Экспериментальная часть работы состояла из семи этапов. Последовательно определяли механизм развития острой тампонады сердца. В результате проведения экспериментальной части была уточнена роль и место методов диагностики в выявлении жизнеугрожающего последствия ранения сердца. Клиническая часть исследования основывалась на 48 клинических наблюдениях ранений сердца в период с 2010 по 2018 гг. Для проведения анализа хирургической тактики были сформированы две группы: основная группа (23 человека) и группа сравнения (25 пострадавших). В основной группе использовали предложенную хирургическую тактику. В неотложной клинической ситуации использовали разработанный алгоритм диагностики: наряду с традиционными методами применяли трансторакальную эхокардиографию, мультиспиральную компьютерную томографию (МСКТ). При стабильном состоянии производили торакоскопию с целью оценки характера ранения (12 пострадавших). В неотложной ситуации у нестабильных пострадавших применяли разработанную операцию фенестрацию перикарда (15 человек).

Результаты исследования. Результаты экспериментов на животных определили основные звенья патогенеза развития острой тампонады. Также выявлены приоритетные методы определения тампонады сердца. В проведенном исследовании для определения гемоперикарда и тампонады сердца внедрили, разработанную операцию - фенестрация перикарда. Ее использование у четырех пострадавших позволило выявить повреждение сердца, напротив, а у одиннадцати - исключить. Особым разделом проведенной работы явилось применение видеоторакокопии. Первый торакопорт устанавливали в IV межреберье по средней подмышечной линии. По экрану монитора определяли степень повреждения плевральной полости. У трех пострадавших диагностировали ранение сердца и перикарда (без тампонады и профузного кровотечения), в других случаях повреждение сердца не отмечено. Предложенная лечебная тактика позволила снизить летальность с 25% до 9% и плевральные осложнения на 31%.

Выводы. 1. В основе терминального состояния при тампонаде сердца - сдавление стенок предсердий излившейся кровью в полость перикарда. 2. Приоритетом в оказании помощи пострадавшим с тампонадой сердца является декомпрессия перикарда. 3. Основу диагностики составляют: трансторакальная эхокардиография, МСКТ и видеоторакокопия. 3. Хирургическая тактика основывается на проведении неотложного оперативного вмешательства.

15. Догоспитальное ведение пациентов с массивной кровопотерей при сочетанной травме

Лищенко А.Н., Шолин И.Ю., Барышев А.Г., Полюшкин К.С., Порханов В.А.
Краснодар

ГБУЗ «НИИ – Краевая клиническая больница №1 им. проф. С.В. Очаповского» МЗ
Краснодарского края

Актуальность проблемы. Травматические повреждения, приводящие к массивной кровопотере, заканчиваются летальным исходом в подавляющем большинстве случаев именно на догоспитальном этапе.

Цель работы: снижение летальности при тяжелой сочетанной травме с массивной кровопотерей, оптимизируя лечение на догоспитальном этапе.

Материалы и методы. Известно, что основная масса безвозвратных санитарных потерь при тяжелой травматической болезни происходит в первые часы и минуты от момента травмы (Брюсов П.Г., 2017г.). Проанализированы алгоритмы оказания помощи на догоспитальном этапе, изложенные в Клинических рекомендациях «Скорая медицинская помощь» (Багненко С.Ф., 2015г.) и Европейское руководство по ведению массивного кровотечения и коагулопатии при травме (5-е издание, 2019г.). Неоспоримыми приоритетами обозначены необходимость первичной оценки состояния пострадавшего, проведения респираторной терапии, остановки продолжающегося кровотечения, транспортной иммобилизации, инфузионной терапии и обезболивания, использование транексамовой кислоты для предотвращения раннего фибринолиза.

Результаты и обсуждение. Представляется, что пациентам с активным кровотечением нет возможности улучшить перфузию тканей с помощью инфузионной терапии. При продолжении кровотечения шок продолжает развиваться. Переливание большого объема кристаллоидов ведет к гемодилюции и последующей коагулопатии (один из компонентов «триады смерти»). Кратковременное повышение артериального давления усугубляет кровотечение. Цель лечения в этой ситуации – минимизация кровотечения и сохранение коагуляции. Уровень гемодинамики должен быть минимально достаточным для поддержания жизни. Обязательно должны проводиться мероприятия, направленные на борьбу с гипотермией, как одним из факторов, патогенетически связанном с ацидозом и коагулопатией.

Выводы. Во время активного кровотечения при тяжелой сочетанной травме необходимо следовать принципам раннего контроля за кровотечением и управляемой

гипотонии. Рекомендуется избегать назначения больших объемов кристаллоидов и коллоидов, если нет глубокой гипотонии, некорректируемой вазопрессорными препаратами и отсутствуют компоненты крови. Для эффективного снижения летальности при тяжелой сочетанной травме с массивной кровопотерей рекомендуется сокращать догоспитальный этап за счет совершенствования навыков бригад скорой медицинской помощи. Выполнение алгоритма оказания помощи пациентам в критическом состоянии должно быть отработано до автоматизма.

16. Оперативное лечение повреждений диафрагмы у пострадавших с политравмой

Кочергаев О.В.^{1,2}, Копалин А.А.², Кожевников А.А.²
Самара

¹ФГБОУ ВО «Самарский государственный медицинский университет»

²ГБУЗ Самарской области «Самарская городская больница №2 имени Н.А. Семашко» Минздрава России.

Механические разрывы диафрагмы по статистике имеют место в 0,8-6,2% всех травм живота. В преобладающем большинстве случаев (80%) основная причина – дорожно-транспортные происшествия. Повреждения диафрагмы отличаются трудностью диагностики и высокой летальностью до 50% (Абакумов М.М. и соавт, 2016; Багненко С.Ф. и соавт.2016; Тулупов А.Н. и соавт., 2016).

Цель исследования. Систематизировать методы диагностики и улучшить результаты лечения пострадавших с политравмой, осложненной повреждением диафрагмы.

Материалы и методы исследования. В выполненной работе изучены результаты лечения 46 пострадавших с политравмой, осложненной разрывом диафрагмы, находившихся на лечении в стационаре в период с 2012 по 2018 гг. В диагностическом процессе систематически применялись мультиспиральная томография (24), торакоскопия (12), УЗИ – скрининг (42). С целью проведения корректного сравнительного анализа были сформированы две группы: основная (22) и контрольная (24). В основной группе диагностика и лечения осуществлялись согласно разработанному алгоритму диагностики и лечения. В контрольной группе диагностика и лечение выполнялись рутинными методами. Среди них преобладали рентгенография груди и дренирование брюшной полости.

Результаты исследования. Как показали результаты проведенного исследования, приоритетным направлением в оказании помощи пострадавших с политравмой являлась своевременная точная диагностики. Она осуществлялась с использованием лучевых методов. Среди них основными были методы, основанные на цифровых технологиях (УЗИ - скрининг, мультиспиральная компьютерная томография) и торакоскопия. Лечение. Главным направлением в лечении пострадавших являлась хирургическая тактика. У большинства пациентов они(операции) носили срочный и неотложный характер (43 пациента). Операции (36 пациента) при повреждении диафрагмы были направлены на восстановление дефекта и осуществлялись в ходе лапаротомии. В половине случаев в основной группе пластику осуществляли с использованием полипропиленовой сетки. Тяжесть состояния и сопутствующие повреждения не позволили выполнить большее количество оперативных вмешательств с применением имплантов. Оптимальный доступ определял безопасность и радикальность операции. В отдельных случаях (10 пациентов) методом выбора являлся трансторакальный переднебоковой или боковой доступ в шестом межреберье. Вместе с тем, следует принимать во внимание место повреждения диафрагмы. В том случае, если дефект располагался между мечевидным отростком и передней аксиллярной линией и при широкой нижней апертуре более удобна верхняя срединная лапаротомия. Начинали с лапаротомии и в том случае, когда диагноз повреждения диафрагмы окончательно не установлен. Как показали результаты проведенного исследования, в основной группе

количество осложнений составило 14%. Во второй группе, где использовались рутинные методы диагностики и лечения, число осложнений составило 44%.

Выводы. 1. Определение повреждения диафрагмы необходимо основывать на лучевых методах. Особенно ценным является спиральная компьютерная томография. 2. Применение МСКТ позволяет в короткие сроки провести лучевую диагностику нескольких областей тела. 3. Хирургическая тактика определялась жизнеопасными осложнениями. Операции, направленные на восстановление целостности диафрагмы носили неотложный и срочный характер (81%). 4. В основе оперативного вмешательства на диафрагме является ее пластика с использованием синтетических сетчатых материалов. 5. Приоритетным доступом при разрыве диафрагмы у пострадавших с политравмой является лапаротомия.

17. Первый опыт неоперативного лечения разрывов паренхиматозных органов при закрытой травме живота.

Гаврищук Я.В., Осипов А.В., Тулупов А.Н., Демко А.Е., Кажанов И.В., Бабич А.И.
Санкт-Петербург
Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт скорой помощи им. И.И. Джанелидзе

Актуальность. Частота травм живота в мирное время составляет 19,6-38%, а паренхиматозные органы подвержены повреждениям в 16-50% случаев. Летальность при закрытых повреждениях варьируется в широких пределах и составляет 6,5-61%. Исход лечения прежде всего зависит от уровня оснащенности и подготовки хирургических кадров стационаров. В последнее время все чаще встречаются публикации, посвященные неоперативному лечению повреждений паренхиматозных органов при закрытой травме живота.

Цель. Оценить возможности неоперативного и малоинвазивного лечения пациентов с закрытой травмой живота в высокопоточковом травмоцентре 1 уровня.

Материалы и методы. Проанализированы результаты лечения 207 пострадавших, находившихся на лечении в Санкт-Петербургском НИИ скорой помощи им. И.И. Джанелидзе с ноября 2016 по май 2019 года. Сочетанная травма живота встречалась в 89,1% случаев, изолированная в 10,9%. Причиной повреждений в 51,6% стали дорожно-транспортные происшествия, в 26,6% кататравмы и 21,9% другие обстоятельства. Мужчин было 65%, женщин 35%. Возраст пострадавших составил $37,1 \pm 19,2$ года.

Результаты. Тяжесть травмы по ISS составляла $20,6 \pm 7,6$ баллов. Повреждения печени выявлены у 42,3% пациентов, селезенки у 50,1%. В 23 случаях использовалось неоперативное лечение (I-IV степени повреждения). Дополнительная эндоваскулярная эмболизация потребовалась у 6 (26,1%) пациентов. В 2 случаях повреждения селезенки мероприятия неоперативного лечения оказались неэффективными, при контрольной СКТ выявлены рецидивы кровотечений и выполнены спленэктомии. В остальных наблюдениях оперативного лечения не потребовалось. Продолжительность лечения составила $16,1 \pm 6,3$ дня. Общая летальность не превышала 8,4%.

Заключение. Неоперативное лечение пациентов с закрытой травмой живота является эффективным и безопасным подходом к ведению пациентов с сочетанной и изолированной закрытой травмой живота в травмоцентре 1 уровня.

18. Сочетанные травмы и политравмы. Определение понятий и клинико-статистическая характеристика.

Гуманенко Е.К.¹, Хромов А.А.², Супрун А.Ю.³, Чапурин В.А.¹
Санкт-Петербург
¹СПбГУ
²СЗГМУ им. И.И. Мечникова

Актуальность проблемы. Различные аспекты проблемы сочетанных травм и политравм широко обсуждаются в отечественной и зарубежной медицинской печати. Анализ литературных источников за последние 50 лет свидетельствует об отсутствии единства в определении и соотношении ключевых понятий по этой проблеме: «повреждение» и «травма», «сочетанная травма» и «политравма». Эти негативные явления, несомненно, препятствуют прогрессу в улучшении ближайших исходов и отдалённых результатов лечения этой сложной патологии.

Цель исследования. На основании объективных методов оценки тяжести повреждений проанализировать исходы лечения сочетанных травм, провести их систематизацию и сформулировать клинико-статистическую характеристику выделенных групп.

Материалы и методы. Материалом исследования явились клинические наблюдения над 2218 пострадавшими с сочетанными травмами, проходившими лечение в клинике военно-полевой хирургии Военно-медицинской академии им. С.М. Кирова в период с 1998 по 2007 гг. Информация о пострадавших кодировалась в специальных клинико-статистических картах и подвергалась различным методам статистического анализа.

Результаты исследования и обсуждение. При систематизации сочетанных травм основополагающим является положение о том, что понятия «повреждение» и «травма» не являются синонимами и имеют чёткие определения. Повреждение (injury) – результат взаимодействия повреждающего агента с конкретной частью человеческого тела в экстремальной ситуации. Оно характеризует только морфологический стабильный компонент травмы. Травма (trauma) – результат взаимодействия повреждающего агента с целостным человеческим организмом в экстремальной ситуации. Это понятие более широкое и включает, в дополнение к морфологическому, функциональный динамический компонент травмы – состояние пострадавшего. С позиций диалектики, понятия «повреждение» и «травма» соотносятся как категории «частное» и «целое». Повреждений может быть несколько, а травма всегда одна. Сочетанные травмы определяются как травмы, при которых возникло несколько повреждений в различных областях тела: голова, шея, грудь, живот, таз, позвоночник, конечности. Главной особенностью сочетанных травм является разнообразие сочетаний повреждений, каждое из которых характеризуется локализацией, характером и тяжестью. Наибольшей тяжестью отличаются повреждения, сопровождающиеся жизнеугрожающими последствиями травм (ЖУПТ). Они, в свою очередь, определяются как типовые патологические процессы, возникающие вследствие попадания в очаг повреждения крупных кровеносных сосудов или жизненно важных органов и которые ведут к смерти без оказания неотложной медицинской помощи. К ним относятся продолжающиеся кровотечения, асфиксия, сдавление головного мозга, тампонада сердца, острая дыхательная недостаточность при напряжённом и открытом пневмотораксах. Кластерный анализ показал, что среди 2218 случаев сочетанных травм достоверно выделяются четыре кластера. Первый – нетяжёлые сочетанные травмы: 324 случая (14,6%). Средняя тяжесть повреждений по шкале ВПХ-П (МТ) = $0,8 \pm 0,2$ балла (интервал - 0,1–0,95), по ISS = 3 ± 1 . ЖУПТ и травматический шок не развиваются. Летальных исходов нет, частота развития осложнений – 6,5%. Второй – тяжёлые сочетанные травмы: 1082 случая (48,8%). Средняя тяжесть повреждений по шкале ВПХ-П (МТ) = $6,6 \pm 1,2$ балла (интервал – 1,0–7,95), по ISS = 14 ± 1 . Частота развития ЖУПТ – 50,1%, травматического шока – 61,8%. Летальность – 26,7%, частота развития осложнений – 39,6%. Третий – политравмы: 297 случаев (13,4%). Средняя тяжесть повреждений по шкале ВПХ-П (МТ) = $11,5 \pm 2,8$ балла (интервал – 8,0–13,95), по ISS = 18 ± 3 . Частота развития ЖУПТ – 93,6%, травматического шока – 63,9%. Летальность – 36,0%, частота развития осложнений – 66,7%. Четвёртый – крайне тяжёлые политравмы: 515 случаев (23,2%). Средняя тяжесть повреждений по шкале ВПХ-П (МТ) = $19,3 \pm 3,1$ балла (интервал – 14 и более), по ISS = 23 ± 2 . Частота развития ЖУПТ – 100,0%,

травматического шока – 74,6%. Летальность - 72,0%, частота развития осложнений – 94,4%.

Выводы. 1. Для повышения эффективности исследований по проблеме сочетанных травм следует использовать единые определения основных понятий хирургии повреждений и объективную оценку тяжести травм. 2. Среди множества сочетанных травм достоверно выделяются четыре кластера, имеющие собственную клинико-статистическую характеристику: нетяжёлые сочетанные травмы, тяжёлые сочетанные травмы, политравмы и крайне тяжёлые политравмы.

19. Сосудистый компонент предиктивной значимости развития острого панкреатита у пациентов с тяжелой сочетанной травмой

Смолькина А.В., Евсеев Р.М.

Ульяновск

ФГБОУ ВО «Ульяновский государственный университет»

Развитие острого панкреатита трактуется, как осложнение сочетанной травмы, в результате гемодинамических расстройств, что приводит к уменьшению перфузии и ишемии поджелудочной железы, следовательно, к развитию острого панкреатита. Еще один из главных этиопатогенетических механизмов развития острого панкреатита у пациентов с тяжелой сочетанной травмой выделяют с повышением внутрибрюшного давления в 15-30% случаев. Таким образом, ранняя диагностика внутрибрюшного давления будет предвестником развития острого панкреатита у пациентов с тяжелой сочетанной травмой.

Цель исследования. Выявление сосудистого компонента в качестве предиктора развития острого панкреатита у пациентов с тяжелой сочетанной травмой.

Материал и методы. Критерии включения: пациенты мужского и женского пола старше 18 лет с тяжелой сочетанной травмой. Критерии исключения: пациенты с травмой мочевого пузыря и повреждениями аорты, а также пациенты, которым на догоспитальном этапе применялись вазопрессоры. Пациенты с летальным исходом также не включались в исследование. В исследовании участвовали 134 пациента с тяжелой сочетанной травмой в возрасте от 18 до 68 лет, из которых 116 пациенты трудоспособного возраста, что составила 86,6%. Тяжесть состояния оценивалась по шкале APACHE II. Тяжесть сочетанных повреждений определялась по шкале тяжести Injury Severity Score. Пострадавшим назначали общепринятые лабораторные исследования, согласно клиническим рекомендациям Российского общества хирургов. И всем была назначена компьютерная томография, принятая в диагностическом алгоритме нашей клиники. В ходе наблюдения за пациентами, у них определяли уровень внутрибрюшного давления и соотношения УЗИ-контроля с лабораторными данными состояния поджелудочной железы.

Результаты исследования. Из всех госпитализированных, после полного обследования в приемном отделении, 64(47,8%) пациентам оперативное лечение со стороны органов брюшной полости не проводили. Со стороны брюшной полости этим пациентам был выставлен диагноз: ушиб передней брюшной стенки. И 70(52,2%) пострадавшим выполнялась лапароскопия или лапаротомия. Как было выяснено, при повышении внутрибрюшного давления, и снижении абдоминального перфузионного давления происходит ишемия органов брюшной полости, одним из наиболее чувствительных к которой является поджелудочная железа. И предиктивной значимостью развития острого панкреатита у пациентов с повышенным внутрибрюшным давлением при тяжелой сочетанной травме является состояние сосудов органов брюшной полости. Если в первые двое-трое суток после травмы отмечается шоковое состояние и происходит выброс катехоламинов и поведение сосудов реагирует на его действие, то в дальнейшем их состояние нормализуется, и параллельно с полиорганной недостаточностью отмечается повышение внутрибрюшного давления. В

процессе обследования при выполнении контрастной компьютерной томографии, мы проводили контроль над состоянием верхних брыжеечных сосудов. После чего была выявлена следующая закономерность: из 86 пациентов, у которых на протяжении 3-5 дней наблюдалось расширение верхней брыжеечной артерии (ВБА) и сужение верхней брыжеечной вены (ВБВ) на 5-7 день, у 69 (80,2%) появлялись признаки острого панкреатита, подтвержденные как ультразвуковым исследованием так лабораторными данными. Поскольку все пациенты были с тяжелой сочетанной травмой, больным измерялось внутрибрюшное давление. Было выявлено, что у пациентов с нормальным уровнем внутрибрюшного давления в дальнейшем развитие острого панкреатита не отмечалось. При повышении внутрибрюшного давления до 15 мм рт. ст. был выявлен панкреатит с невысоким повышением диастазы и амилазы и незначительным ультразвуковым изменением паренхимы поджелудочной железы. При повышении интраабдоминальной гипертензии выше 15 мм рт. ст на ультразвуковом исследовании поджелудочной железы выражен её отёк с деструкцией самой паренхимы, и у этих пострадавших на компьютерной томографии было более выражено расширение верхней брыжеечной артерии. Полученные результаты исследования легли в основу патента на изобретение: Способ оценки риска развития острого панкреатита у пациентов с повышенным внутрибрюшным давлением (Приоритет № 2018145428/14(075907) от 27.12.2018).

Выводы. Расширение верхней брыжеечной артерии и сужение верхней брыжеечной вены при выполнении контрастной компьютерной томографии предложено использовать как сосудистый предиктор повышения внутрибрюшного давления, следовательно и развития острого панкреатита у пациентов с тяжелой сочетанной травмой. При наличии стойкого повышения внутрибрюшного давления у пострадавших с тяжелой сочетанной травмой необходимо проводить профилактическую медикаментозную терапию острого панкреатита.

20. Поэтапная медицинская помощь при сочетанных травмах с повреждением внутренних органов

Алижанов А.А., Исхаков Б.Р., Исхаков Н.Б., Долимов Л.М.

Наманган

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи, Наманганский филиал

Проблема своевременной диагностики и определения тактики лечения поврежденных органов брюшной полости у больных при сочетанных травмах на догоспитальном и стационарном этапах остается актуальной в связи с тяжелым состоянием пострадавших.

Целью нашего исследования, является улучшение диагностики и лечение пострадавших сочетанными травмами органов брюшной полости с применением лапароскопии.

За последние 4 года в Наманганском филиале РНЦЭМП при сочетанных травмах с подозрением на повреждение органов брюшной полости выполнено 228 операций. Мужчин было 152 (66,7%), женщин – 76 (33,3%). Лица трудоспособного возраста составили 62,3%. В течение первого часа с момента полученной травмы поступило 129 (56,6%) пострадавших, до 3 часов – 75 (32,9%), до 6 часов и более – 24 (10,5%). Хотим отметить, что среди детей школьного возраста от 8 до 14 лет преобладали травмы, полученные при падении с высоты. Состояние при поступлении оценивалось крайне тяжелой у 35 (15,3%) больных, тяжелой степени у 166 (73,0%), средней тяжести – у 27 (11,8%). 64 (28,1%) пострадавшие доставлены скорой помощью, переведены из травмпункта после оказания первой медицинской помощи 27 (11,8%) и самотеком поступили - 137 (60,1%). Противошоковые мероприятия проведены пострадавшим врачами скорой помощи и травмпункта. Из 36 пострадавших иммобилизация конечности стандартными шинами на догоспитальном этапе выполнена 28 пострадавшим,

кровоостанавливающий жгут наложен - 6, давящая повязка при ранениях были наложены - 18, кровоостанавливающий зажим был наложен 2 пострадавшим. Катетеризация центральных вен осуществлена -16 пострадавшим, наркотические анальгетики применены по показаниям. На стационарном этапе одновременно с клиническим, лабораторным, рентгенологическим, ультразвуковым и другими методами исследования, включая диагностическую плевральную пункцию или торакоскопию. По стабилизации гемодинамики проведены первичная хирургическая обработки с репозицией и стабилизацией перелома костей, трепанации черепа и др. Изолированная травма живота встречались у 49 (21,5%) и политравма – у 45 (19,7%) пострадавших. На диагностическом этапе при операции выявлены: повреждение паренхиматозного органа у 69 (30,2%), повреждение сальника и брыжейки кишки – у 108 (47,4%), повреждение полого органа – у 51 (22,4). Забрюшинная гематома без гемоперитонита выявлена у 28 (10,0%) пострадавших. Выявленные на диагностическом этапе лапароскопии субсерозные небольшие гематомы паренхиматозных и полых органов (12), гематома передней брюшной стенки (15) не потребовали активных хирургических вмешательств. Лапароскопическое ушивание раны печени с гепатоментопексией и повреждений брыжейки тонкой кишки выполнены у 40 (17,5%) пострадавших. Умерли 11 больных с травмами органов брюшной полости с сочетанием других травм. Причинами летального исхода являлись: посттравматический, постгеморрагический шок.

Таким образом, успех лечения пострадавших сочетанными травмами во многом зависит от правильной оказании медицинской помощи на догоспитальном этапе. Применение видеолапароскопии при сочетанных травмах позволяет уменьшить диагностические ошибки, сократить время установления диагноза и позволяет выполнить адекватные лечебные мероприятия с минимальной травмой для больных и в большинство случаев избавляет их от «напрасной» лапаротомии.

ТРАНСПЛАНТОЛОГИЯ

1. Реализация программы трансплантации органов в Ростовской области

Коробка В.Л., Кострыкин М.Ю., Балин Н.И., Коробка Р.В., Пак. Е.С., Шаповалов А.М.

Ростов-на-Дону

Государственное бюджетное учреждение Ростовской области «Ростовская областная клиническая больница»

Реализация программы трансплантации на базе Ростовской областной клинической больницы началась в феврале 2015 года. Внедрение в практику областного учреждения трансплантации органов потребовало многосторонней организационной и практической подготовки, реализованной посредством обобщения опыта работы отечественных и зарубежных центров трансплантации. В течение 4 лет произошел существенный рост числа выделяемых квот на проведение операций по трансплантации органов: в 2015 году их было 5, а в 2019 – 54. В настоящее время мы располагаем опытом 139 пересадок органов, в числе которых: почки – 87, печень – 40 (в т. ч. split трансплантация), сердце – 11 и поджелудочная железа с почкой – 1. Средняя длительность ожидания почки – 11,5 месяцев, печени – 8,5 месяцев, сердца – 1,8 месяцев. Средний возраст оперированных больных – 43 года. Среди реципиентов печени женщин было 17 человек, мужчин – 23. Почка была трансплантирована 51 мужчине и 36 женщинам. Все реципиенты сердца были мужчины. Комплекс «поджелудочная железа-почка» был трансплантирован молодой пациентке. Показанием к трансплантации почки у 83% реципиентов стали хронический гломерулонефрит и аномалия развития почек. У 17% пересадку выполнили в связи системными заболеваниями (в т. ч. сахарный диабет), поликистозом почек и нефросклерозом. До трансплантации в 95% случаев больные находились на заместительной почечной терапии (в среднем 3,5 года). Показанием к трансплантации печени у 15 (37,5%) больных стал цирроз в исходе вирусных гепатитов, в 10 (25%) случаях – аутоиммунные заболевания, в 6 (15%) наблюдениях – алкогольный цирроз. У 9 (22,5%) больных печень трансплантировали в связи с врожденными заболеваниями – 3 (болезнь Вильсона-Коновалова), криптогенным циррозом – 2 и иными причинами, приведшими к циррозу, – 4. Показанием к трансплантации сердца у всех реципиентов стала терминальная сердечная недостаточность, обусловленная дилатационной кардиомиопатией. Из общего числа реципиентов печени в ранние сроки после операции (до 30 суток) умерло 3 человека: тромбоз печеночных вен трансплантата, тромбоз воротной вены, кровотечение. В течение 2 лет (10,2±9,7 мес.) умерло еще 4 человека (сепсис в исходе билиарных осложнений – 1, генерализованный грибковый сепсис – 2, рак легкого – 1). Среди реципиентов почки летальных исходов в раннем послеоперационном периоде не было. В течение 2,5 лет (14,5±13,6 мес.) умерло 3 человека (пневмония, сепсис, ОНМК). Ранний послеоперационный период трансплантации сердца у всех больных без осложнений. В течение первого года после операции (3,9±3,0 мес.) умерло 3 человека (пневмония – 2, сепсис – 1), смерть еще одного пациента после пересадки сердца наступила от ТЭЛА через 1,2 года после операции. Общий показатель ранней послеоперационной летальности среди всех реципиентов составил 2,2%. Общий показатель послеоперационной летальности в отдаленном периоде – 7,9%. Все пациенты, стоящие в листе ожидания и перенесшие трансплантацию, а также их родственники, при необходимости, получают медицинскую, психологическую и социальную поддержку в амбулаторном режиме. Трансплантационной командой нашего учреждения поддерживается формирование культуры донорства, работа с семьями потенциальных прижизненных доноров. Планируется расширение объемов оказываемой трансплантологической помощи.

2. Опыт 350 трансплантаций печени в ФГБУ ГНЦ ФМБЦ имени А.И. Бурназяна ФМБА России

Восканян С.Э., Артемьев А.И., Губарев К.К., Колышев И.Ю., Забежинский Д.А., Рудаков В.С., Шабалин М.В., Найденев Е.В., Воеводин А.Л., Щербин В.В., Светлакова Д.С., Мальцева А.П., Садыхов З., Попов М.В.

Москва

ФГБУ ГНЦ ФМБЦ им. А.И. Бурназяна ФМБА России

С июня 2010 года по июль 2019 года в Центре хирургии и трансплантологии ФГБУ ГНЦ ФМБЦ имени А.И. Бурназяна было выполнено 350 трансплантаций печени при ее терминальных поражениях, из них 264 трансплантация правой доли печени от живого родственного донора в варианте «adult-to-adult», 86 трансплантации трупной печени, в том числе, 1 сплит-трансплантация печени от трупного донора двум реципиентам. Показаниями к оперативному лечению являлись циррозы печени в исходе аутоиммунного гепатита, первичного склерозирующего холангита, вирусных гепатитов, болезни Вильсона-Коновалова, синдрома Бадда-Киари, первичный и вторичный билиарный цирроз печени, альвеококкоз печени с поражением портальных и/или кавальных ворот печени, алиментарный и криптогенный циррозы печени. В большинстве случаев при выполнении родственной трансплантации правой доли печени, в связи с особенностями донорской сосудистой анатомии (либо поражением портальных и/или кавальных и/или нижней полой вены при альвеококкозе) были выполнены «сложные» трансплантации печени, которые потребовали применения нетипичных вариантов реконструкции афферентного и эфферентного венозного кровоснабжения трансплантата, либо реконструкции нижней полой вены. Необходимым условием было сохранение средней печеночной вены у живых доноров. В 1 случае выполнено лапароскопическая правосторонняя гемигепатэктомия в условиях сохраненного кровоснабжения и изъятие правой доли печени у живого родственного донора. Результаты. Общая частота послеоперационных осложнений среди всех трансплантаций 40,0%. Общая частота сосудистых осложнений (тромбоз печеночной артерии, диссекция печеночной артерии, Steal-синдром, спазм печеночной артерии, тромбоз печеночной вены) составила 2,3%, 2,7% - после родственной трансплантации печени, 1,2% - после трупной трансплантации печени. В большинстве случаев данные осложнения были устранены путем применения малоинвазивных способов лечения (ангиография, тромбэкстракция, стентирование, балонная дилатация). Госпитальная летальность среди реципиентов составила 3,5% (12 пациентов). Госпитальная летальность после родственной трансплантации правой доли печени составила 2,7% (7 пациентов). Госпитальная летальность после ортотопической трансплантации трупной печени составила 6,1% (5 пациентов), из них 3 пациента (60%) погибли после urgentной ретрансплантации печени. Госпитальная летальность в результате сосудистых осложнений составила 0,6% (2 пациента с тромбозом печеночной артерии). Наиболее частыми осложнениями в раннем послеоперационном периоде являлись билиарные осложнения (grade A, B (ISGLS, 2011)) – биломы брюшной полости, наружный желчный свищ, стеноз гепатико-холедохоанастомоза, транзиторное трансдренажное подтекание желчи. Общая частота осложнений среди родственных доноров составила 11,6% (30 пациентов) и преимущественно была представлена транзиторным трансдренажным подтеканием желчи и биломами брюшной полости (grade A, B (ISGLS, 2011)). Летальных исходов среди родственных доноров не было. Средний послеоперационный койко-день составил 25,5 (21-29,5) суток для реципиентов и 12 (10-17) суток для родственных доноров.

МЕЗЕНТЕРИАЛЬНЫЕ ТРОМБОЗЫ И ЭМБОЛИИ

1. Damage Control Surgery при острой мезентериальной ишемии

Гидирим Г.П.¹, Мишин И.В.^{1,2}, Рожновяну Г.А.¹, Крэчун И.И.^{1,2}, Георгица В.А.¹
Кишинев, Молдова

¹Кафедра хирургии № 1 им. Н. Анестиади, Лаборатория гепато-панкреато-билиарной хирургии, Государственный Университет Медицины и Фармации им. Н. Тестемицану

²Институт ургентной медицины, г. Кишинев, Молдова

Введение: в течение последних двух десятилетий принцип запрограммированного этапного хирургического лечения (damage control surgery - DCS) занял доминирующее место в лечении пациентов с тяжелой травмой, ассоциированной с гипотермией, ацидозом и коагулопатией. На данном этапе наметились тенденции в тестировании DCS при острой хирургической патологии органов брюшной полости.

Цель исследования: оценка результатов использования DCS при острой мезентериальной ишемии (ОМИ).

Материалы и методы: проанализирована база данных 54 случаев ОМИ, оперированных в клинике с использованием тактики DCS на протяжении последних десяти лет. Для диагностики использовались 3D компьютерная томография, лабораторные тесты в т.ч. (1) панели стандартных тестов (лейкоциты крови, ЛИИ, глюкоза и L-лактат); (2) маркеров тромбообразования и фибринолиза (D-димеры, плазминоген, растворимые фибрин-мономерные комплексы); (3) иммунологических тестов (ишемически модифицированный альбумин, прокальцитонин); и (4) лапароскопия.

Результаты: средний возраст пациентов – 65.9±1.7 лет (95% CI:62.61-69.31). Мужчин – 32(59.2%), женщин – 22(40.8%). ОМИ: артериальная – 48(88.9%) в т.ч. эмболия (n=34, 62.9%), тромбоз (n=14, 26%) и венозная – 6(11.1%). При оценке тяжести: APACHE II – 24.6±1.5 (95% CI:21.36-27.90), POSSUM – 35.3±1.7 (95% CI:31.75-38.85) и ASA – 3.1±0.1. Локализация ОМИ при интраоперационной ревизии: тонкая кишка – 35(64.8%) и тонкая + толстая кишка – 19(35.2%). DCS включал следующие основанные этапы: (1) резекция скомпрометированных участков кишечника при первичной операции с формированием культи обеих сегментов (без восстановления непрерывности по ЖКТ); (2) оставление брюшной полости открытой (лапаростомия) в сочетании с вакуумной повязкой (метод Vacuum-assisted closure, принцип Topical Negative Pressure - TNP), с использованием стандартной системы V.A.C.® (Vacuum Assisted Closure®, KCI, San Antonio, Tex., USA) или с импровизированной вакуумной повязкой (3) перевод пациента в реанимационное отделение для стабилизации жизненно важных функций организма; (4) планируемые повторные операции (санация брюшной полости, ревизия оставшихся участков кишечника, при необходимости выполнение резекции кишечника, восстановление непрерывности ЖКТ). Среднее количество повторных ревизий брюшной полости – 1.4±0.1 (от 1 до 6). При ревизии в области ушитых концов кишечника во всех случаях отмечалась их состоятельность. В тоже время отмечено прогрессирование ишемии в проксимальном сегменте в 20(37.1%) случаях, что обусловило необходимость выполнения резекции кишки. Восстановление непрерывности ЖКТ в среднем через 43.3±2.1 часа (95% CI:39.01–47.64). Для восстановления непрерывности кишечника использованы как ручной, так и механический анастомозы, причем при коротком сегменте тощей кишки в случае наложения анастомоза с поперечно-ободочной кишкой выполнялся антиперистальтический вариант. Послеоперационная летальность – 32(59.2%) случая, при более детальном анализе установлены ряд факторов, отрицательно влияющих на уровень послеоперационной летальности в т.ч. (1) возраст пациентов с ОМИ (<65 лет vs. >65 лет. – 9/24(37.5%) vs. 23/30(76.7%); (2) время от начала манифестации ОМИ до момента оперативного вмешательства (<24 час. vs. >24 час. –

5/12(41.7%) vs. 27/42(64.3%); (3) вовлечение в ОМИ толстой кишки (тонкая кишка vs. тонкая+толстая – 18/35(51.4%) vs. 14/19(73.7%).

Выводы: принцип запрограммированного этапного хирургического лечения (damage control surgery) может рассматриваться как наиболее приемлемой тактикой при острой мезентериальной ишемии. Возраст пациентов, время от начала манифестации до момента оперативного вмешательства и вовлечение толстой кишки являются факторами, отрицательно влияющими на уровень послеоперационной летальности при ОМИ.

2. Острое нарушение мезентериального кровообращения тонкой кишки в стадии перитонита: анализ тактических решений, результаты лечения

Дарвин В.В., Краснов Е.А., Бубович Е.В., Варганова А.Н.

Сургут

БУ ВО ХМАО-Югры Сур ГУ, БУ ХМАО-Югры Сургутская ОКБ

Введение. Острое нарушение мезентериального кровообращения (ОНМезК) является тяжелой и сложной хирургической патологией: послеоперационная летальность достигает 67 – 97%. Причем доля больных в структуре общехирургических отделений прогрессивно растет и достигает в последнее десятилетие 1,0 – 7,0%, что является объективным основанием для поиска путей улучшения ближайших результатов лечения.

Цель исследования – анализ результатов лечения больных с острой интестинальной ишемией тонкой кишки и поиск путей оптимизации интраоперационных тактических решений.

Материалы и методы. Исследование – сплошное ретроспективное. Произведен анализ результатов хирургического лечения 76 больных с острым нарушением мезентериального кровообращения тонкой кишки в стадии перитонита. На основании особенностей техники и выбора сроков формирования анастомозов больные были разделены на 2 группы. Контрольную группу составили 25 больных с острым нарушением мезентериального кровообращения, у которых межкишечные анастомозы (n=18) или стомы (n=7) были сформированы по стандартной методике при первичной операции. В основной группе (n=51) была применена тактика запрограммированных релапаротомий с формированием отсроченного межкишечного анастомоза по разработанной технологии. Возраст больных варьировал от 53 до 93 лет, средний возраст - 69±9,7 лет. Тяжелый полиморбидный фон отмечен у 94,7%, при этом в контрольной группе на каждого больного приходилось 1,2 сопутствующих заболеваний, в основной - 1,6. По протяженности зоны некроза: сегментарный некроз (до 1 метра) имел место у 27 больного; обширный некроз – у 35 больных, субтотальное поражение тонкой кишки, при котором протяженность жизнеспособной кишки составляла менее 1 метра - у 14 больных. Распространенный перитонит имели место у всех больных основной и контрольной группы. Интраоперационно всем больным была выполнена резекция различных по протяженности сегментов тонкой кишки (в соответствии с зоной инфаркта): сегментарная – у 27, обширная - у 35, субтотальная резекция – у 14. У 17 больных контрольной группы во время первичного оперативного вмешательства был сформирован межкишечный анастомоз одно- и двухрядными серозно-мышечно-подслизистыми атравматическими швами. У 8 больных операцию закончили формированием еюно(илео)стом. Живот ушивался наглухо. В основной группе резекция пораженного участка тонкой кишки носила обструктивный характер. Приводящий и отводящий сегменты тонкой кишки зашивали наглухо механическим или ручным швом (однорядный атравматический серозно-мышечно-подслизистый узловый шов, шовный материал с покрытием из триклозана) с укреплением линии швов пластиной Тахокомб. С целью декомпрессии тонкой кишки производили назоинтестинальную интубацию ее приводящих отделов. Первичную операцию заканчивали санацией, дренированием брюшной полости и формированием программы релапаротомий. Для временного закрытия брюшной полости использовали узловые лигатуры на апоневроз или кожу в

зависимости от уровня ВБД, завязанные на «бантик». Показания к очередной релапаротомии контролировали по уровню внутрибрюшного давления. Количество программированных релапаротомий составляло от 2 до 5. Резекция краев при программированных релапаротомиях была выполнена 6 больным (11,7%). При выполнении программированной релапаротомии после оценки степени регрессии перитонита и жизнеспособности кишки накладывали отсроченный межкишечный анастомоз «бок в бок» однорядными узловыми серозно-мышечно-подслизистыми атравматическими швами, используя шовный материал с покрытием из триклозана, с укреплением линии анастомоза пластиной «Тахокомб», импрегнированной раствором антибиотика, или аппаратным швом с укреплением пластиной Тахокомб: у 39 (76,5%) больных сформирован еюно-илеоанастомоз, у 12 (23,5%) – еюно(илео)-трансверзоанастомоз.

Результаты и обсуждение. В контрольной группе частота послеоперационных осложнений составила 52 % (13 больных), у 6 больных характер осложнений потребовал вынужденной релапаротомии. Средняя длительность стационарного лечения – 22,4+6,0 койко-дней. Кроме того, 6 больных второй группы выписаны с еюно-илеостомами, которым в последующем потребовалась реконструктивно-восстановительная операция. Послеоперационная летальность - 40% (10). Частота послеоперационных осложнений в основной группе составила 37,2%, вынужденных релапаротомий не потребовалось. Средняя длительность стационарного лечения – 17,5+4,8 койко-дней. Летальность в основной группе составила 25,0% (13 больных).

Выводы. Таким образом, использование у больных с ОНМезК тонкой кишки в стадии перитонита отсроченного формирования тонкокишечных анастомозов, укрепленных пластиной Тахокомб, позволило уменьшить частоту осложнений с 52,0% до 37,2%, достоверно уменьшить послеоперационную госпитальную летальность с 40,0% до 25,0% ($p < 0,05$) и исключить необходимость повторных реконструктивно-восстановительных операций в отдаленном периоде.

3. Современные возможности диагностики и лечения больных с венозным инфарктом кишечника

Андреева М.Б., Коровин А.Я.
Краснодар
ФГБОУ ВО КубГМУ Минздрава России

Венозный инфаркт кишечника, как проявление острого порто-мезентериального тромбоза (ПМТ), является второй, после артериальных окклюзий, формой сосудистой болезни кишечника, составляя 10-15% всех мезентериальных тромбозов.

Цель: изучить особенности клиники, диагностики и хирургическую тактику в лечении больных с острыми порто-мезентериальными тромбозами, осложненными инфарктом кишечника.

Материал и методы: изучены 25 клинических случаев острого мезентериального венозного тромбоза с инфарктом кишечника, что составило 7,7% от всех оперированных с диагнозом мезентериального тромбоза. Средний возраст 53,9+ 1,6 года, М:Ж - 2,1 : 1. У всех больных отмечалось латентное начало заболевания. Срок от начала клинических проявлений до операции составил от 3 до 10 суток. Проанализирована диагностическая ценность различных симптомов. Наиболее достоверными оказались: постепенное начало болей в животе с локализацией: по всему животу 62,5%, в правой подвздошной области 37,5%; лихорадка до фебрильных цифр 90%; тромбозы других локализаций в анамнезе 75%; лейкоцитоз до $12-16 \times 10^9$ - 94%. Из методов визуализации использовались УЗИ и КТ брюшной полости. У всех больных имели место неспецифические УЗ признаки инфаркта кишечника: гастроэнтеростаз, маятникообразное движение кишечного содержимого, свободная жидкость в брюшной полости. Дуплексное сканирование венозного мезентериального русла оказалось малоинформативно. Компьютерная

томография использована в 8 случаях, у 3 больных удалось идентифицировать портomesентериальный газ, а у 5 пациентов при КТ портomesентерикографии – прямые признаки ПМТ. Информативной была и лапароскопия, правильный диагноз был установлен у 14 пациентов из 17 (82,4%), в оставшихся случаях диагноз установлен после лапаротомии. Отличительной особенностью был яркий «вишневый» инфаркт кишки при сохраненной артериальной пульсации и насыщенный геморрагический выпот.

Результаты. Изменения кишечника носили однотипный характер геморрагического инфаркта тонкой кишки со значительным отеком и имбибицией брыжейки, толстая кишка во всех случаях была не изменена. У 13 больных тромбоз локализовался в системе верхней брыжеечной вены (ВБВ) до уровня конfluence. У 7 больных тромбоз распространялся на воротную вену (ВВ+ВБВ), ещё у 5 больных была тромбирована и селезеночная вена (СВ), - (ВБВ+ВВ+СВ), верификация по результатам послеоперационного КТ и аутопсии. По протяженности – поражение тонкой кишки было субтотальным, относительно интактным оставался участок 70-80см от связки Трейца. У всех больных выполнялась ревизия ВБВ и ретроградная тромбэктомия до получения удовлетворительного ретроградного кровотока, после чего выполнялась резекция инфарцированной кишки с наложением первичного анастомоза. Послеоперационное ведение предусматривало активную антикоагулянтную терапию, эффективность которой оценивалось по АЧТВ (70-80сек), с последующим переводом на непрямые антикоагулянты (МНО 2,5). Летальность составила 12,0% (3 больных). Отдаленные результаты прослежены у 6 больных в срок до 7 лет. Все пациенты продолжают принимать непрямые антикоагулянты, явления мальабсорбции выражены умеренно. ВРВ пищевода I-II степени. Тромбофилии выявлены в 11 случаях.

Заключение: острые мезентериальные венозные тромбозы, осложненные инфарктом кишечника, являются самостоятельной нозологической формой поражения мезентериального русла с лучшим, против артериальных, прогнозом лечения. Во всех случаях венозного инфаркта кишечника имел место тромбоз верхней брыжеечной вены, без зависимости протяженности инфаркта от вовлеченности воротной и селезеночной вен. Наиболее частой вероятной причиной ПМТ являлись тромбофилические синдромы, верифицированные лабораторно. Наиболее информативными в диагностике являются, КТ- портomesентерикография и лапароскопия. Возможности сонографии ограничены. Помимо резекционных методик, обязательной является эффективная антикоагулянтная терапия, целесообразность тромбэктомии требует детального изучения.

4. Особенности диагностики тромбозов системы воротной вены

Андреева М.Б., Нарсия В.В.
Краснодар
ФГБОУ ВО КубГМУ Минздрава России

Тромбозы в системе воротной вены относительно редкая форма нарушений мезентериального кровообращения, с частотой около 1% в общей популяции. Стертая клиническая картина, сложности инструментальной диагностики, отсутствие стандартов патогенетического лечения определяют доходящий до 25-50% уровень летальности. Сложности диагностики определяют необходимость создания ее алгоритма.

Цель исследования: изучить возможности клинических, лабораторных и инструментальных методов диагностики тромбозов системы воротной вены с созданием эффективного в клинике алгоритма.

Материал и методы: изучены 48 случаев порто-мезентериальных венозных тромбозов (ПМВТ), что составило 11% от всех случаев острого нарушения мезентериального кровообращения. Средний возраст $53,9 \pm 1,6$ года, М:Ж - 2,1 : 1. Продолжительность заболевания до поступления в стационар составила $65,4 \pm 38,1$ час. Выделены группы первичного и вторичного ПМВТ. В группу первичных ПМВТ,

состоящую из 26 пролеченных, вошли больные, у которых нарушение кровообращения в системе воротной вены было основным хирургическим заболеванием. Группа вторичных ПМВТ состояла из 22 больных, где воротные тромбозы явились осложнениями заболеваний органов портальной системы. Первичные ПМВТ разделены на две подгруппы, в первую (21 пациент) вошли больные с инфарктом кишечника, потребовавшие хирургического лечения, во вторую (5 случаев) - пациенты с доказанным компьютерной томографией ПМВТ, пролеченные консервативно.

Результаты. Клиническая картина в исследуемых группах имела различия. Проявления в группе первичных ПМВТ имели характер неотложной абдоминальной патологии, с острым или подострым началом, где на первый план выступала симптоматика инфаркта кишечника с перитонеальными знаками и нарушением перистальтики. В группе вторичных ПМВТ преобладала клиника подострой или хронической патологии гепато-панкреато-дуоденальной зоны. Имели место явления диспепсии, жалоба на вздутие живота больше объяснялась асцитом. Различия между группами по признакам боль, отхождение газов, задержка стула, понос, кровавый понос, лихорадка, лейкоцитоз и повышение С-реактивного белка были статистически значимы. Тромботические венозные эпизоды также статистически значимо преобладали в группе первичных ПМВТ, аналогичная картина в группе вторичных ПМВТ наблюдалась относительно вирусных гепатитов и опухолей ГПДЗ. Выполнено 46 сонографий, преимущественно при вторичных ПМВТ удалось визуализировать воротную вену, верхнюю брыжеечную и селезеночную вену у 23(50%), зону конfluence у 18(39,1%) пациентов. Выполнено 35 (76,1%) КТГ исследований. На всех полученных томограммах визуализирована воротная вена, ее притоки и ветви, оценен просвет сосудов, наличие тромботических масс и, предположительно, их «возраст». К плюсам метода следует отнести возможности оценки органных проявлений портальных тромбозов. Спленомегалия выявлена у 12 (34,3%) больных, по косвенным признакам перитонита и кишечной непроходимости заподозрен инфаркт кишечника у 7 (20%). ФГДС выполнено 40 больным. Портальная гастропатия различной степени выявлена у всех пациентов, без статистически значимых различий между группами. При лапароскопии верный диагноз венозного инфаркта установлен в 85,7%.

Выводы. Знаковыми позициями алгоритма диагностики первичных острых ПМВТ следует считать постепенно развивающийся болевой синдром в животе, лихорадку, вишневые испражнения, «венозный тромботический» анамнез. Для вторичных ПМВТ-подострое и хроническое течение заболевания, диспепсию, проявления портальной гипертензии (асцит), желтуху. Триплексное сканирование портальной системы достаточно информативно. Для полноценной визуализации необходима КТ-ангиография - «золотой стандарт» диагностики портальных тромбозов. Для инфаркта кишечника видеолапароскопия играет аналогичную роль и определяет показания к лапаротомии.

5. Эффективность баллонной ангиопластики сосудов при лечении острой мезентериальной ишемии

Абдулжалилов М.К., Иманалиев М.Р., Козлов В.И., Салаватова Х.И., Абдулжалилов А.М., Закариев З.М., Ашурлаев К.М., А-К.Г. Гусейнов
Махачкала

ФГБОУ ВО «Дагестанский государственный медицинский университет» МЗ РФ

Актуальность. За последние годы наблюдается рост числа пациентов с острой мезентериальной ишемией (ОМИ). Традиционная хирургическая тактика, заключающаяся в лапаротомии и ревизии кишечника для диагностики ОМИ и определения тактики хирургического лечения, уходит в прошлое.

Материал и методы. В работе представлены этапы развития хирургической тактики и результаты лечения пациентов с ОМИ в республике Дагестан за последние 10 лет. В обследование пациентов входили общеклинические и биохимические анализы крови и

мочи, ЭКГ, обзорная рентгенография живота, УЗИ органов брюшной полости, КТ. До 2014 года диагноз ОМИ диагностировали и верифицировали при лапаротомии. При сегментарном некрозе кишки выполняли резекцию тонкой кишки с анастомозом с последующей контрольной релапаротомией. При субтотальном некрозе тонкой и правой половине толстой кишки случай признавали инкурабельным. После операции все пациенты погибли. С 2014г. при подозрении на ОМИ стали проводить диагностическую лапароскопию. При сегментарном некрозе тонкой кишки выполняли обструктивную резекцию тонкой кишки. Операцию завершали лапаростомией. Через сутки формировали тонко-тонкокишечный анастомоз конец в конец или конец в бок с назоинтестинальной интубацией и ушивали лапаростому. Таким способом оперировали 3 пациентов, послеоперационная летальность составила 66,7%. В 2017г. впервые в нашей клинике была успешно проведена тромболитическая терапия по схеме лечения инфаркта миокарда пациентке с ОМИ, верифицированной при диагностической лапароскопии. Состояние пациентки улучшилось, и пациентка выписана с выздоровлением. Второму пациенту удалось ограничить протяженность некроза. Третья пациентка в возрасте 82 лет погибла. Послеоперационная летальность составила 33,3%. С 2017г. при обширном некрозе тонкой кишки и правой половины толстой кишки выполняет субтотальную резекцию тонкой кишки и правостороннюю гемиколэктомию с первичным (1) или отсроченным илео-трансверзоанастомозом (2) конец в бок на короткой петле тощей кишки длиной 40-60см. Все 3 пациента выписаны без осложнений. С 2018 г. начался новый этап лечения пациентов с ОМИ. При «высоком индексе подозрения» на ОМИ согласно НКР: несоответствие интенсивности боли физикальным данным при осмотре живота, положительный симптом Блюнова, брадикардия, «ишемическое опорожнение кишечника» (понос, появление крови в испражнениях в виде малинового желе), пожилой возраст, сердечно - сосудистые заболевания (мерцательная аритмия, атеросклероз, гипертония), гиперкоагуляционные состояния в анамнезе, отсутствие четкого диагноза, 7 пациентам выполнили селективную мезентерикографию. При этом диагностировали блок верхней брыжеечной артерии. Всем пациентам выполнена баллонная ангиопластика верхней брыжеечной артерии и локальная тромболитическая терапия, кровоток удалось восстановить 6 (85,7%) пациентам. Одному пациенту из них удалось ограничить некроз сегментом подвздошной кишки. Выполнена резекция подвздошной кишки с выведением концевой илеостомии. Умерла пациентка 85 лет, которой была выполнена субтотальная резекция тонкой кишки и правосторонняя гемиколэктомии с первичным илео-трансверзоанастомозом конец в бок на короткой петле тощей кишки. Остальные пациенты в раннем послеоперационном периоде получали антибиотики, инфузионную терапию, реополиглюкин с тренталом, реамберин, антикоагулянтную терапию гепарином или фраксипарином под контролем свертываемости, анальгетики, стимуляторы моторно-эвакуаторной функции желудочно-кишечного тракта, энтеральную терапию. Перед выпиской пациентов переводили на продаксу для длительного приема. Послеоперационная летальность в этой группе составила 14,3%, что свидетельствует о высокой эффективности такого лечения.

Выводы: 1). Наблюдается рост пациентов с острой мезентериальной ишемией. 2). При наличии неясного абдоминального болевого синдрома пациентов необходимо госпитализировать в хирургическое отделение. 3). Для диагностики данного заболевания пациенту необходимо сразу же выполнить к КТ –ангиографию, или мезентерикографию, или диагностическую лапароскопию в зависимости от уровня оснащенности медицинской организации. 4). При лечении пациентов с острой мезентериальной ишемией необходимо строго придерживаться национальных клинических рекомендаций. 5). В республиканских многопрофильных медицинских организациях и межрегиональных хирургических центрах целесообразно создать условия для дооперационной диагностики острой мезентериальной ишемии. 4). Своевременно выполненные обширные резекции кишечника с формированием первичного или отсроченного анастомоза позволяет снизить послеоперационную летальность. 5). Баллонная

ангиопластика мезентриальной артерии при острой мезентериальной ишемии является высокоэффективным малоинвазивным безопасным хирургическим вмешательством.

ХИРУРГИЯ ПИЩЕВОДА

1. Сравнительная оценка хирургических методов лечения грыж пищеводного отверстия диафрагмы

Машурова Е.В., Вафин А.З., Айдемиров А.Н., Абалян А.К., Погосян Г.А.,
Мнацаканян Э.Г., Маланка М.И., Делибалтов К.И.

Ставрополь

ФГБОУ ВО «Ставропольский государственный медицинский университет»
Минздрава России

Грыжи пищеводного отверстия диафрагмы (ГПОД) – распространенное заболевание, выявляемое наиболее часто у лиц среднего и пожилого возраста. По данным различных авторов (Славин Л.Е. с соавт. 2005; Sgouros S.N. et al., 2007), частота встречаемости этого заболевания варьирует от 3% до 30% среди трудоспособного населения, а в пожилом возрасте достигает 50%. У 45-80% пациентов с ГПОД обнаруживается эзофагит, который приводит к таким осложнениям, как стриктура пищевода, короткий пищевод, язва пищевода, кровотечение, пищевод Барретта, являющийся облигатным пред раком (Борисов А.Е., 2002; Рапопорт С.И. и соавт., 2005; Peters F.T. et al., 1999; Anderson L.A. et al., 2003).

Цель работы – анализ результатов оперативного лечения больных с ГПОД в Ставропольской краевой клинической больнице.

Материалы и методы исследования. Ретроспективно проанализированы результаты хирургического лечения 88 больных, прооперированных по поводу ГПОД в ГБУЗ СК СККБ за период с 2014 по 2018гг. Возраст больных, колебался в пределах от 30 до 80 лет, средний возраст составил $61 \pm 9,5$, количество мужчин-21 (24%), женщин-67 (76%).

Результаты исследования. В основную группу включены 76 (86,4%) пациентов, которым оперативное вмешательство выполнялось лапароскопическим способом, контрольную группу составили 12 пациентов (13,6%), которым проводилось оперативное вмешательство традиционным способом. Основную группу (n=76) составили пациенты с фиксированными грыжами - 15 (19,7%) (у 2(2,6%) пациентов были параэзофагеальные), у 61(80,3%) нефиксированные грыжи. ГПОД I ст. выявили у 3(3,9%) пациентов, ГПОД II ст. – у 37(48,7%), ГПОД III ст. – у 40(52,6%). В контрольную группу (n=12) вошли пациенты с фиксированными грыжами 6 (50%), с нефиксированными- 6 (50%). С ГПОД I ст. – 1(10%), с ГПОД II ст.- 1(10%), с ГПОД III ст.- 10 пациентов (80%). В основной группе лапароскопическая фундопликация проводилась двумя способами - по Nissen с задней круорографией – у 74 пациентов (97,4%) и по Dog с передней круорографией – у 2 пациентов (2,6%). У 3 (3,9%) пациентов возник пневмоторакс при выделении ГПОД (в одном случае при фиксированной параэзофагеальной ГПОД III ст., в 2-х случаях – при фиксированной аксиальной ГПОД III ст. В основной группе общий койко-день составил в среднем $8 \pm 1,3$, в контрольной - $13.8 \pm 2,6$.

Выводы. Использование при оперативном лечении ГПОД более травматичных открытых операций не имеет значительных преимуществ перед более простыми и менее травматичными (лапароскопическими) операциями, которые позволяют значительно сократить время выполнения оперативных вмешательств, одновременно уменьшив количество интра- и послеоперационных осложнений. Использование лапароскопической фундопликации способствует сокращению послеоперационного периода, что в свою очередь приводит к быстрому восстановлению.

2. Ближайшие и отдаленные результаты хирургического лечения кардиоспазма

Погосян Г.А., Вафин А.З., Айдемиров А.Н., Мнацакян Э.Г., Машурова Е.В.,
Маланка М.И., Абдоков А.Д.

Ставрополь

ФГБОУ ВО «Ставропольский государственный медицинский университет»
Минздрава России

Введение. Кардиоспазм – нейромышечное заболевание пищевода, характеризующееся отсутствием расслабления нижнего пищеводного сфинктера, вследствие чего происходит нарушение проходимости пищевода с супрастенотическим расширением и вторичными воспалительно-дистрофическими изменениями его стенки. Кардиоспазм составляет до 20% всех заболеваний пищевода и встречается во всех возрастных группах.

Цель исследования: изучение ближайших и отдаленных результатов хирургического лечения кардиоспазма с целью оптимизации тактики лечения.

Материалы и методы. Проведен анализ хирургического лечения 48 больных с кардиоспазмом, находившихся на лечении в хирургическом торакальном отделении Ставропольской краевой клинической больницы с 2013 по 2019 гг.

Результаты. Средний возраст пациентов составил $46,5 \pm 3,0$ года (от 20 до 77 лет). Все пациенты в соответствии с классификацией Б.В. Петровского соответствовали кардиоспазму III и IV стадии. Распределение больных по стадиям кардиоспазма в соответствии с классификацией Б.В. Петровского было следующим: III стадия – 68.7% пациентов, IV стадия – 31.3% пациентов. В качестве оперативного вмешательства всем пациентам выполнялась кардиомиотомия по Геллеру с фундопликацией по Дору, применялся открытый и эндоскопический доступ. Лапароскопическая кардиомиотомия по Геллеру с фундопликацией по Дору выполнена у 38 (79.1%) пациентов, открытая кардиомиотомия у 10 (20.9%) пациентов. Длительность оперативного вмешательства составила от 40 до 135 минут. Летальных исход не было. Зафиксировано 1 (2.1%) осложнение, при выполнении лапароскопической кардиомиотомии в послеоперационном периоде диагностирована перфорация пищевода в зоне миотомии, выполнена лапаротомия, ушивание перфоративного отверстия. Качество жизни пациентов и эффективность хирургического лечения оценивались по шкале Eckardt. Клинически значимого рефлюкс-эзофагита в послеоперационном периоде не выявлено. Явления дисфагии в отдаленном послеоперационном периоде возникли у 2 (4.1%) пациентов. Динамика уменьшения суммы баллов по шкале Eckardt является статистически значимой, только 2 пациента набрали более трех баллов, что интерпретируется как отсутствие эффекта от проведенного хирургического лечения. Качество жизни больных после хирургического лечения кардиоспазма выше, чем до оперативного вмешательства.

Заключение. Выполнение кардиомиотомии по Геллеру с фундопликацией по Дору эффективно купирует явления дисфагии у пациентов с кардиоспазмом III –IV стадии и улучшает качество их жизни. Мы считаем, что кардиомиотомия в модификации Геллера с фундопликацией по Дору является наиболее оптимальным органосохраняющим оперативным способом для хирургического лечения кардиоспазма III-IV стадии, при этом предпочтение должно отдаваться эндоскопическому вмешательству.

3. Лечебная тактика у пациентов с послеожоговыми рубцовыми стриктурами пищевода

Айдемиров А.Н., Мнацакян Э.Г., Машурова Е.В., Погосян Г.А., Маланка М.И.,
Абдоков А.Д.

Ставрополь

ФГБОУ ВО «Ставропольский государственный медицинский университет»
Минздрава России

Лечение больных с послеожоговыми рубцовыми стриктурами пищевода остается сложной и актуальной проблемой. Мы являемся сторонниками преимущественно консервативного лечения рубцовых стриктур пищевода, проводимого со строгим соблюдением основных принципов бужирования – восстановление проходимости пищевода в сочетании с осторожностью и разумной настойчивостью, а также поддерживающими курсами бужирования.

В настоящей работе представлен результат лечения 452 больных с рубцовыми стриктурами пищевода после химического ожога в 1995-2018 гг. Бужирование пищевода было выполнено 396 больным, из них у 201 - полыми бужами на металлической струне-проводнике под контролем рентгентелевидения, у 190 – под эндотрахеальным наркозом с использованием жесткого эзофагоскопа и у 5 больных – бужирование «без конца» на нити через гастростому. В среднем выполнялось 3 сеанса бужирования с интервалом 2-3 дня. Стойкий клинический эффект был достигнут у 361 (80,1%) больных. У 91 больного бужирование пищевода было неэффективным из-за протяженности стриктуры, поэтому 69 пациентам выполнены различные виды пластики пищевода, 22 – питательную гастростомию. У 52 больных произведена экстирпация пищевода с одномоментной абдомиоцервикальной пластикой изоперистальтической желудочной трубкой, у 11 – резекция нижнегрудного отдела пищевода с правосторонним внутривисцеральным пищеводно-желудочным анастомозом и у 6 пациентов выполнена заградительная пластика пищевода толстой кишкой. Перфорация пищевода после бужирования возникла у 4 больных, причем у всех оно выполнялось под контролем жесткого эзофагоскопа. Трём пациентам по экстренным показаниям выполнена первичная пластика пищевода на фоне медиастинита (у 1 - в течение первых 6 часов, у 2 - через 16 и 18 часов после бужирования). Одному пациенту выполнена медиастинотомия по Савиных, дренирование средостения. Летальный исход отмечен у пациента после первичной пластики пищевода, оперированного через 18 часов с момента перфорации пищевода в результате острой сердечно-сосудистой недостаточности, развившейся в раннем послеоперационном периоде. После плановых операций у 65 больных различные осложнения развились у 19 (27,5%) и умерли 8 (11,8%) больных. Причем 4 летальных случая пришлось на первые 3 года внедрения и освоения методики пластики пищевода в клинике из-за плохого медикаментозного обеспечения. Причиной смерти у 2 больных явились несостоятельность пищеводно-желудочного анастомоза на шее и медиастинит, у 2 – несостоятельность пищеводно-желудочного внутривисцерального анастомоза с эмпиемой плевры и медиастинитом, у 1 – острый инфаркт миокарда в раннем послеоперационном периоде и у 3 – полиорганная недостаточность.

Таким образом, адекватный выбор метода бужирования в зависимости от распространенности и характера поражения, а также регулярное его проведение позволило достичь стойкого клинического эффекта у 80,1% больных. Экстирпация пищевода с первичной пластикой абсолютно показана при повреждении (перфорации) пищевода в первые 10-12 часов с момента травмы.

4. Результаты пластики пищевода в нашей клинике в ближайшем послеоперационном периоде

Айдемиров А.Н.^{1,2}, Вафин А.З.¹, Делибалтов К.И.², Байрамкулов М.Д.²
Ставрополь

¹ФГБОУ ВО «Ставропольский государственный медицинский университет»
Минздрава России

²Ставропольская краевая клиническая больница

Цель исследования – анализ ранних послеоперационных осложнений и летальности после пластики пищевода в торакоабдоминальном отделении Ставропольской краевой клинической больницы с 1997 по 2018гг.

За период с 1997г. под нашим наблюдением находились более 100 больных раком пищевода. Из них только у 28 удалось выполнить радикальные операции. У 7 больных с железистым раком нижней трети пищевода и кардиоэзофагеальным раком мы выполнили резекцию нижнегрудного отдела с внутривисцеральным пищеводно-желудочным анастомозом по Гарлоку, у 10 – по Льюису, у 1 – тонкой кишкой и у 10 при раке средне-грудного отдела пищевода – экстирпацию органа с абдомиоцервикальной пластикой изоперистальтической желудочной трубкой. С послеожоговыми рубцовыми стриктурами пищевода и желудка оперированы 69 больных (от 18 до 74 лет, женщин – 25, мужчин – 38). У 52 больных выполнена экстирпация пищевода с одномоментной абдомиоцервикальной пластикой изоперистальтической желудочной трубкой, у 11 – резекция нижнегрудного отдела пищевода с правосторонним внутривисцеральным пищеводно-желудочным анастомозом и у 6 пациентов выполнена загрудинная шунтирующая пластика пищевода толстой кишкой. Из 28 оперированных по поводу рака пищевода послеоперационные осложнения возникли у 3 (10,7%): у 1 – внутривисцеральное кровотечение в раннем послеоперационном периоде, что потребовало повторного оперативного вмешательства, у 2 – несостоятельность швов пищеводно-желудочного анастомоза, медиастинит, эмпиема плевры с летальным исходом. Из 69 оперированных по поводу послеожоговых рубцовых стенозов пищевода различные осложнения развились у 19 (27,5%) и умерли 8 (11,6%) больных. Причем 4 летальных случая пришлось на первые 3 года внедрения и освоения методики пластики пищевода в клинике. В эти же годы было плохое медикаментозное обеспечение. Причиной смерти у 2 больных явились несостоятельность пищеводно-желудочного анастомоза на шее и медиастинит, у 2 – несостоятельность пищеводно-желудочного внутривисцерального анастомоза с эмпиемой плевры и медиастинитом, у 1 – острый инфаркт миокарда в раннем послеоперационном периоде и у 3 – полиорганная недостаточность.

Таким образом, остаются нерешенными проблемы ранней диагностики рака пищевода, необоснованности длительного бужирования доброкачественных стриктур и невозможности эффективной предоперационной подготовки истощенных больных в районных больницах из-за их недостаточного медикаментозного обеспечения.

5. О целесообразности экстирпации пищевода при постожоговых рубцовых стриктурах

Гринцов А.Г.¹, Седаков И.Е.², Шаламов В.И.¹, Матийцев А.Б.¹, Шестопалова А.Д.¹
Донецк

¹ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького»

²Республиканский онкологический центр им. проф. Г.В. Бондаря

Цель исследования: изучить вероятность онкологического перерождения неудаленного рубцовосуженного пищевода в сроки свыше 10 лет после толстокишечной эзофагопластики.

Материалы и методы: за период 1970 – 2010 гг. в клинике общей хирургии (проф. Л.Г. Завгородний, проф. А.М. Белозерцев) прооперировано 546 больных по поводу рубцовых стриктур пищевода после химических ожогов пищевода. Для эзофагопластики использовали участок толстой кишки на сосудистой ножке с антиперистальтическим расположением трансплантата. В сроки до 5-ти лет изучено 318 больных (58,2%), до 10 лет – 272 (49,8%), спустя 20 лет – 222 (40,6%), более 30 лет - 193 больных (35,4%).

Результаты. Основная масса больных 421 (77,1%) поступили в клинику после сформированных рубцовых стриктур пищевода. 22,9% поступили в острый период сразу после получения химических ожогов и были госпитализированы в отделение интенсивной терапии. Значительная часть больных 70,5% (n=385) поступили в период с 1980 – 1995 гг. Первым этапом у всех больных было наложение питательной гастростомы. 97,99% больных поступали в тяжелом состоянии. Характерным было

истощение и грубые нарушения водно-электролитного и белкового балансов, что потребовало длительной предоперационной подготовки, включая не только введение белковых препаратов, кровезаменителей, но и переливание крови, сбалансированного питания через гастростому. Судьба 2,01% (n=11) больных, доставленных в крайне тяжелом состоянии с гиповолемическим шоком и грубыми электролитными, белковыми нарушениями, с явлениями печеночно-почечной недостаточности в результате некроза пищевода и желудка, перфорации, перитонита завершилась летальным исходом. 535 больных после проведения интенсивной терапии в условиях отделения реанимации и интенсивной терапии оперированы в различные сроки после наложения гастростомы. Критериями выбора сроков вмешательства явилось значительное улучшение всех показателей обменных процессов. Второй этап заключался в выкраивании толстокишечного трансплантата на питающей артерии (левой, правой), с проведением дистального конца трансплантата за грудиной и помещением его рядом со стенкой шейного отдела пищевода. Учитывая значительный опыт клиники толстокишечной эзофагопластики, экстирпацию рубцовосуженного пищевода не выполняли в связи с увеличением операционной травмы. В сроки 1-3 месяца после эзофагопластики формировали пищеводно-толстокишечный анастомоз, который в ряде случаев (n=12) сопровождался микронесостоятельностью швов с последующим переформированием его. Прием жидкой пищи начинали с 7-8 суток, и продолжали до 2-3х недель. В последующие сроки разрешали прием пищи в протертом виде на период до 3-4 месяцев, что позволяло адаптировать функцию пищеводно-толстокишечного анастомоза, не вызывая каких-либо эвакуаторных нарушений. Большинство оперированных пациентов не отмечали затруднения глотания. Спустя 10 лет 44,3% больных набрали в весе – 12 ±2кг, 35,3% спустя 20 лет – 14 ±1,5кг и 28,8% спустя 30 лет – 13±2кг. Наиболее важным фактором при оценке отдаленных результатов толстокишечной эзофагопластики явилось рентгенконтрастное изучение эвакуаторной функции анастомоза, трансплантата и рубцовосуженного пищевода. Рентгенконтрастное исследование пищевода и трансплантата у данных больных спустя 5 лет свидетельствовало об удовлетворительной проходимости контрастной массы через пищеводно-толстокишечный анастомоз (1,5-2 см). Пищевод прослеживался в виде тонкой (2-5 мм) контрастной дорожки. Следует отметить адаптационно-эвакуаторную способность рубцовосуженного пищевода, в виде его частичной реканализации в группе пациентов, перенесших эзофагопластику спустя 10 лет (7,1%), спустя 20 лет - у 6,8% и спустя 30 лет – у 8,5%. Характерным явился тот факт, что у этой категории больных было отмечено частичное рубцовое сужение до 1 см пищеводно-толстокишечного анастомоза. Предполагая вероятность онкологического перерождения неудалённого пищевода, проанализированы поступления в республиканский онкоцентр больных с раком пищевода. Среди всех поступивших пациентов с диагнозом «рак пищевода», перенесших ранее эзофагопластику по поводу химических ожогов, с 1970 года не выявлено.

Выводы: при изучении отдаленных результатов в сроки 5 – 30 лет после толстокишечной эзофагопластики по поводу химического ожога пищевода случаев обращения больных с онкологической трансформацией рубцовосуженного пищевода не отмечено. Толстокишечный трансплантат обеспечивает удовлетворительный функциональный эффект. В ряде случаев наступает частичная реканализация рубцовосуженного пищевода.

6. Качество жизни пациентов в зависимости от способа хирургического лечения рака пищевода.

Толстокоров А.С., Рамазанов Э.Н., Дергунова С.А.
Саратов

ФГБОУ ВО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России.

Нередко рак пищевода диагностируется на 3-й или 4-й стадии заболевания, когда показано комплексное лечение с выполнением травматичных операций, вероятностью, развития послеоперационных осложнений и снижения качества жизни больных.

Целью исследования явился анализ качества жизни пациентов до и после выполнения одномоментных и многоэтапных, а также паллиативных хирургических вмешательств.

Исследование проводилось с 2004 по 2017 годы у 565 больных раком пищевода с использованием анкетирования для оценки качества жизни за несколько дней до начала лечения, на 7-е сутки после операции. В дальнейшем сроки наблюдения составили от 1 года до 10 лет. Всем пациентам проводилось обследование в стандартном объеме. Основным компонентом лечения был хирургический этап. Оценка его эффективности осуществлялась с использованием опросников SF-36 (Short Form Health Status Survey), а также с помощью модифицированного опросника для оценки гастроинтестинального индекса качества жизни GSRS (Gastrointestinal Symptom RatingSkale). GIQLI (Gastrointestinal Quality of Life Index). Общее количество баллов зависело не только от функционального состояния искусственного пищевода, но и от общесоматического состояния больного, восприятия эффективности лечения, эмоционального функционирования, восстановления трудоспособности и возврата к полноценной профессиональной деятельности. Паллиативных вмешательств нами было выполнено 312, радикальных 253, из них одномоментных - 203. Пластическим материалом во всех случаях явился желудок. 15 операций были выполнены с использованием эндоскопической технологии (грудной этап операции выполнен видеоторакоскопически). Из паллиативных операций выполнено 240 гастростомий и 72 эндоскопических стентирований пищевода. После обоих видов паллиативных операций качество жизни достоверно улучшилось за счет шкалы клинических симптомов и шкалы влияния проведенного лечения. Стентирование дало лучшие показатели улучшения качества жизни по сравнению с гастростомией, однако различия статистически недостоверны. Сравнительный анализ качества жизни после многоэтапных и одномоментных операций выявил лучшие показатели после одномоментных вмешательств как в общесоматическом опроснике, так и в специализированных анкетах. Анализ качества жизни после окончания лечения по всем опросникам показал преимущество гибридных операций с использованием эндоскопических малоинвазивных технологий.

Таким образом, при лечении больных раком пищевода предпочтение следует отдавать одномоментным операциям с использованием малоинвазивных эндоскопических методик, которые в короткий срок позволяют избавить больного от онкологического заболевания и значительно улучшить качество жизни.

7. Лапароскопическая фундопликация по Ниссену в лечении пациентов с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью

Стебунов С.С., Германович В.И., Глинник А.А., Руммо О.О.
Минск, Республика Беларусь

ГУ Минский НПЦ хирургии, трансплантологии и гематологии

Введение. В настоящее время гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ) считается одним из самых распространенных и тяжелых заболеваний пищеварительной системы. По результатам статистических исследований, при проведении комплексного рентгенологического и эндоскопического методов обследования одна из основных причин ГЭРБ – грыжа пищеводного отверстия диафрагмы (ГПОД) наблюдается у 10-12% населения. Не удивительно, что количество выполняемых антирефлюксных операций по поводу данного заболевания постоянно увеличивается. В настоящее время большинство подобных операций выполняется эндоскопическим методом.

Целью настоящей работы было изучение непосредственных и отдаленных результатов применения лапароскопической фундопликации по Ниссену у пациентов с ГЭРБ.

Материалы и методы. Наш клинический опыт охватывает 88 пациентов с ГЭРБ, которым была выполнена лапароскопическая фундопликация по Ниссену. В данной группе больных ГПОД, как показания для оперативного лечения, наблюдались в 76 случаях, стойкий рефлюкс-эзофагит при неэффективности консервативного лечения – 12 случаях. Грыжи пищеводного отверстия диафрагмы в 66 случаях были скользящие, 5 – параэзофагеальные и в 5 случаях – рецидивные после фундопликации. Средний возраст пациентов составил 48,6 (20-72) лет. Из них мужчин было 29 и женщин 59. Большинство больных предъявляли жалобы на изжогу, отрыжку воздухом и пищей, боли в эпигастриальной области и за грудиной, а также необходимость пребывания в вертикальном положении после еды. Всем пациентам перед операцией были выполнены фиброгастродуоденоскопия с биопсией слизистой пищевода и желудка, а также рентгенологическое исследование с бариевой взвесью в положении Тренделенбурга.

Результаты и обсуждение. Операция фундопликации по Ниссену является простой в исполнении лапароскопическим методом. Если в период освоения методики (первые 20 вмешательств) длительность операции составляла в среднем от 150 до 180 минут, то в последнее время (последние 20 вмешательств) – 50-80 минут. В значительной мере, в освоении методики нам помогла практика выполнения различных бариатрических операций на желудке. Из интраоперационных осложнений имели место повреждение стенки пищевода в его абдоминальном отделе в одном случае при рефундопликации, интраоперационное вскрытие плевральной полости с развитием карбокситоракса – в двух случаях. Общее количество интраоперационных осложнений, таким образом, составило 3.7%. Частота конверсии к открытой операции составила 1.2% (1 случай). Из послеоперационных осложнений, известных нам, были отмечены следующие: рецидивы ГПОД, подтвержденные рентгенологически – 3 случая в период освоения методики и использования рассасывающегося шовного материала для крурорафии; смещение фундопликационной манжеты выше диафрагмы с удовлетворительным исходом – 1 случай; стойкая дисфагия в течение полугода после операции – 2 случая (на этапе освоения методики). Продолжительность госпитализации в среднем составила 2.8 дня, наименьшая – 1 день, наибольшая – 6.3 дня. Летальности в данной группе пациентов после лапароскопической фундопликации мы не наблюдали. При анализе отдаленных результатов лечения данной группы пациентов в сроки от 2 до 12 лет, подавляющее большинство их (95%) отказалось от приема специальных медикаментозных средств. Результаты лечения у этих больных признаны удовлетворительными. По данным литературы, послеоперационные побочные эффекты антирефлюксных процедур, такие как стойкая дисфагия, «gas bloat» синдром, наблюдаются до 20-45% после фундопликации по Ниссену. Причиной таких осложнений, как правило, является туго сформированная фундопликационная манжета и не пересечение коротких желудочных сосудов. Правильная техника операции и использование специального желудочного зонда позволила нам избежать подобных неблагоприятных последствий. На начальных стадиях развития заболевания широко используется консервативная терапия, которая у большинства пациентов дает стойкий эффект. Однако консервативная терапия направлена в основном на ликвидацию клинических проявлений рефлюкс-эзофагита и в большинстве случаев только отдаляет развитие осложнений. Единственно радикальным методом лечения, тем более при ГПОД, является хирургическое лечение. Освоение методики лапароскопической фундопликации по Ниссену и тщательное техническое выполнение, согласно последним рекомендациям, позволило сделать ее эффективной и безопасной при оперативном лечении ГЭРБ, что в свою очередь, позволило расширить показания для хирургического лечения данной патологии.

Выводы. Лапароскопическая фундопликация по Ниссену является безопасной и высоко эффективной малоинвазивной антирефлюксной методикой в лечении пациентов

с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью. Необходимо шире внедрять данную методику в клиническую практику хирургических клиник.

8. Сочетание рефлюксной болезни пищевода с ожирением

Германович В.И., Стебунов С.С., Глинник А.А.

Минск, Республика Беларусь

ГУ Минский НПЦ хирургии, трансплантологии и гематологии

Актуальность. Последнее время наличие ожирения и лишнего веса приобретает угрожающий характер в большинстве развитых стран. Известно, что ожирение является одним из факторов развития гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (ГЭРБ). По статистике у пациентов с ожирением в 68% случаев встречается ГЭРБ. Более того, ряд современных бариатрических операций имеют также высокий процент развития ГЭРБ в послеоперационном периоде.

Материал и методы. Мы имеем опыт выполнения 360 современных лапароскопических бариатрических вмешательств. Из них 142 регулируемых бандажирований желудка, 135 рукавных резекций желудка (СЛИВ-резекций), 30 «классических» гастрощунтирований по РУ, 28 минигастрошунтирований желудка, одна операция SASI, 10 гастропликаций, 10 гастропликаций с резекцией дна желудка (оригинальная запатентованная методика), 4 илеощунтирования. В этой группе оперированных пациентов в послеоперационном периоде в разные сроки после операции проведен опрос на предмет выявления ГЭРБ с помощью опросника GERD-Q.

Результаты и обсуждения. По данным опроса послеоперационный рефлюкс встречался у 27% пациентов, перенесших рукавную резекцию желудка, 24% после лапароскопического бандажирования желудка и 100% после гастропликации. По нашему мнению, и по данным литературы, в первом случае это связано с разрушением угла Гиса и повышением давления в желудке, во втором и третьем случаях – с повышением давления в малом и ушитом желудочке. Шунтирующие операции не имели таких побочных эффектов. Так, после классического шунтирования рефлюкс наблюдался у 6% пациентов, после минигастрошунтирования – всего у 4% пациентов. Учитывая полученные данные, нами разработана следующая тактика и профилактические меры для уменьшения количества случаев рефлюкса после операций у пациентов с ожирением. При выявлении ГЭРБ и грыж ПОД у пациентов, готовящихся к бариатрической операции, выбор склонялся к одной из шунтирующих операций. Все пациенты, которым предстояло бариатрическое вмешательство, проходили тестирование с помощью опросника GERD-Q, в обязательном порядке производили эндоскопическое исследование, КТ с пероральным контрастированием, по показаниям – рентгенографию желудка. Для случаев, когда пациенты по различным соображениям отказывались от шунтирующих операций при выявлении клиники ГЭРБ и грыж пищеводного отверстия диафрагмы, а также при подтверждении расширения пищеводного отверстия диафрагмы во время операции, нами разработаны и выполнялись дополнительно различные антирефлюксные процедуры. Передняя крурорафия была выполнена в 10 случаях, методика Дор-Слив в 9 случаях, Ниссен-СЛИВ в 2 случаях. Учитывая высокий процент ГЭРБ после гастропликации, нами была разработана оригинальная методика пликации желудка с резекцией его дна. Начиная с 2018 года рутинно в клинике выполняется модифицированная методика «клапанного» СЛИВА (34 случая). Методика предполагает оставление небольшого участка дна желудка при резекции с последующим погружением этого участка с помощью полукисетного шва в виде своеобразного «клапана». С момента исполнения данной тактики профилактики ГЭРБ по данным опроса выявлен только один случай послеоперационного рефлюкса у оперированных пациентов (2%).

Выводы. У пациентов с ожирением необходимо проводить профилактику ГЭРБ, а при наличии соответствующей клиники, недостаточности кардии и данных за грыжу

пищеводного отверстия диафрагмы, отказываться от некоторых бариатрических операций в пользу шунтирующих методик. Выполнение специальных антирефлюксных процедур во время рукавной резекции и бандажирования желудка позволяет снизить вероятности и уменьшить количество случаев ГЭРБ до 2%.

9. Осложнения при эндохирургическом лечении пациентов с ахалазией кардии

Бакиров М.Р.¹, Галимов О.В.², Сигал Е.И.¹, Шарапов Т.Л.¹, Иванов А.И.¹

¹Казань, ²Уфа

¹РКОД МЗ РТ

²БГМУ

Ахалазия кардии – это идиопатическое, прогрессирующее заболевание, при котором происходит нарушение рефлекторного раскрытия кардии при глотании. В связи с этим, отмечается прогрессирующее снижение тонуса грудного отдела пищевода, что приводит к нарушению перистальтики пищевода. Наибольший процент заболеваемости данной патологией приходится на период между 20 и 50 годами жизни.

В период с 1996 по 2019 год на базе отделения хирургии пищевода и желудка РКОД МЗ РТ находилось на лечении 280 пациентов с диагнозом АК. Из них мужчин 153, женщин 127, возраст от 18 до 80 лет. Все пациенты проходили комплексное предоперационное обследование, которое включало в себя ВГДС, R-пищевода с контрастированием жидким барием, эзофагоманометрию. Всем пациентам выполнялась лапароскопическая эзофагокардиомиотомия по Геллеру, дополненная передней модифицированной гемифундопликацией по Дору с элементами эзофагофундорафии Лорта-Жакоба. Для контроля целостности слизистой оболочки пищевода во время кардиомиотомии и эффективной полной миотомии, использовался трансиллюминационный тензометрический зонд, который вводили в пищевод во время операции. Отдаленные результаты эндохирургического лечения у пациентов с АК оценивались нами по шкале качества жизни QoL SF-36. Пациентам был предложен опросник, который состоял из 36 вопросов, по которым оценивалось качество жизни после операции. Сроки наблюдения составляли от 6 месяцев до 20 лет.

257 пациентов с АК после лечения эндохирургическим методом оценили качество жизни как хорошее и удовлетворительное. 23 пациента с АК после лечения эндохирургическим методом обозначили свое качество жизни как неудовлетворительное, связано это с возникновением рецидива заболевания. Все послеоперационные рецидивы АК мы подразделили согласно классификации на 3 типа по классификации А.Л. Гребенева — В.Х. Василенко (1995) 1 тип - Для устранения дисфагии 2 пациентам выполнили релапароскопию, ремиотомию с отличным эффектом. Трех пациентам, вследствие их отказа от повторной операции, выполнили эндоскопическое интрасфинктерное введение ботулинического токсина А (Диспорт 250 единиц) с хорошим эффектом. 2 тип - Данный тип рецидива был верифицирован у 10 (3,8%) пациентов. В связи с чем, кардиодилатацию провели 9 больным с хорошим отдаленным эффектом. Одной пациентке вследствие развития небужируемого стеноза нижней трети пищевода более 6 см выполнили его экстирпацию с одномоментной пластикой стеблем из большой кривизны желудка и наложением эзофагогастроанастомоза (ЭГА) на шее. 3 тип - экстирпация пищевода пластика пищевода стеблем желудка с ЭГА на шее различными доступами ВТС ВЛС ЛТ ТТ Таким образом, мы считаем что на сегодняшний день лапароскопическая эзофагокардиомиотомия по Геллеру, дополненная передней модифицированной гемифундопликацией по Дору с элементами эзофагофундорафии Лорта-Жакоба является операцией выбора при лечении пациентов с АК.

10. Диагностика и миниинвазивное лечение доброкачественных подслизистых новообразований пищевода

Сигал Род.Е.¹, Сигал Е.И.¹, Бурмистров М.В.¹

Казань

¹РКОД МЗ РТ

²РКБ МЗ РТ

Цель исследования: внедрение в клиническую практику комплексную диагностику. миниинвазивных методов лечения доброкачественных подслизистых новообразований пищевода и улучшение результатов их хирургического лечения.

Материалы и методы: в период с 1997 года по 2018 год на базе двух онкологических отделений РКОД МЗ РТ было выполнено 33 эндохирургических операций. 18 пациентам хирургические вмешательства выполнены с применением видеоторакоскопии (ВТС). У 2 пациентов (14,3%) опухоль локализовалась в верхней трети, у 10 (64,3%) в средней трети и у 3 (21,4%) в нижней трети грудного отдела пищевода. Видеолапароскопические вмешательства выполнены 15 пациентам. У пациентов данной категории опухоль локализовалась в абдоминальном сегменте пищевода. Все ВТС операции по поводу доброкачественных подслизистых опухолей пищевода (ДПОП) выполняли под общей анестезией с раздельной интубацией легких.

Результаты: летальных исходов, конверсий к торакотомии не было. Средняя продолжительность операции составила 95+7,5 минут. Среднее количество койко-дней, проведенных в отделении реанимации 0,6+0,2 дня. Средняя продолжительность дренирования плевральной полости 3,1 + 0,7 день. Среднее количество отделяемого экссудата из плевральной полости составило 165,4 + 55,8 мл. Введение наркотических анальгетиков требовалось в течение 1 суток и составило в среднем 1,2 мл. В раннем послеоперационном периоде у одного пациента (6,6%) диагностирован хилоторакс. Данное осложнение потребовало реторакоскопии и клипирование поврежденного в ходе операции лимфатического протока. Среднее количество койкодней проведенных пациентом в стационаре в среднем составило 7 суток. Гистологическая верификация: у 30 пациентов опухоль являлась лейомиомой пищевода с индексом пролиферации Ki 67 менее 1%, 2 липомы и одна киста пищевода.

Выводы: 1. Миниинвазивные методики является операцией выбора в лечении доброкачественных подслизистых образований пищевода. 2. Наличие гастроинтестинальных стромальных опухолей (ГИСО) для пищевода не характерно.

11. Диагностика и лечение синдрома Меллори-Вейсса

Мельник И.В., Солиев С.Б.

Ташкент

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Актуальность: в общей структуре кровотечений из верхних отделов желудочно-кишечного тракта удельный вес синдрома Меллори-Вейсса составляет 8-11%. Лечение данной патологии в основном консервативное. основополагающее место в лечебно-диагностическом алгоритме занимает эзофагогастродуоденофиброскопия. Оперативное вмешательство показано при продолжающемся кровотечении и неэффективности эндоскопического гемостаза. Число рецидивов кровотечения при синдроме Меллори-Вейсса после удачной эндоскопической остановки первичного кровотечения составляет 6 - 42%, послеоперационная летальность - 10-17%, а общая летальность - 4,7-12,0%.

Цель исследования: изучить результаты лечения пациентов с синдромом Меллори-Вейсса на фоне применения выжидательной хирургической тактики, возможности комбинированного эндоскопического гемостаза при остановке первичного и рецидивного кровотечения при данной патологии.

Материал и методы исследования: проведен ретроспективный анализ результатов лечения 94 пациентов с синдромом Меллори - Вейсса. Мужчин-80 (85,1%), женщин -

14(14,9%). Возраст больных от 20 до 86 лет. Причинами развития рвоты, на фоне которой развился синдром Меллори - Вейсса, у 79(84%) пациентов был прием алкоголя, у 8(8,5%) - хроническая почечная недостаточность с уреимией, токсикоз при беременности у 5 (5,3%), гипертонический криз у 1 (1,1%), декомпенсированный цирроз печени с печеночной недостаточностью у 1 (1,1%) больного. По классификации Bellman (1973) разрывы: I степени выявлены у 81 (86,2%); II степени - у 12(12,7%); III степень у 1(1,1%) больного. В 81(86,2%) случае диагностировано наличие одного разрыва, в 9(9,6%) случаях имелось два разрыва, в 4(4,2%) случаях констатировано наличие трех и более разрывов. Наиболее часто имели место разрывы длиной до 1 см - 67(71,3%) больных, разрывы до 2 см выявлены у 20 (21,3%) пациентов, разрывы более 2 см констатированы в 7(7,4%) случаях. С кровопотерей легкой степени поступили 74 (78,7%) больных, средней-17 (18,1%), тяжелой-3(3,2%). Геморрагический шок I степени при поступлении имел место у 11 (11,7%) , II степени - у 4(4,3%) и III степени - у 1(1,1%) больных. Остальные 78 (82,9%) пациентов поступили в стационар без признаков геморрагического шока.

Результаты и обсуждение: в лечении кровотечений из разрывов кардиоэзофагеального перехода применяем выжидательную тактику, оперативное вмешательство показано только в случае продолжающегося кровотечения и неэффективности эндоскопического гемостаза. Всем больным при поступлении выполнялась ЭГДФС. Установить локализацию и количество разрывов при первичной эндоскопии удалось правильно у 100% пациентов, однако размеры разрывов указаны только у 51 (54%) больного, а степень - у 23 (24%). В соответствие с классификацией Forrest (1974) в основном пациенты поступали в стационар с остановившимся кровотечением: F-IIA 36 (38,3%), F-IB 28 (29,8%), F-IC 14 (14,9%), F-III 9 (9,6%). Активное кровотечение диагностировано у 7 пациентов - F-IA 2(2,1%), F-IB 5 (5,3%). С целью остановки кровотечения и для укрепления гемостаза у 71(75,5%) больного применялся вышеуказанный комбинированный эндоскопический гемостаз. Показанием к его применению явилось кровотечение F-IA, F-IB, F-IIA, F-IB. При F-IC, F-III эндоскопический гемостаз не применялся. Среди пациентов с активным кровотечением (7) эффективность эндоскопического гемостаза составила 87,3% (6). После гемостаза кровотечения F-IA повторную эндоскопию выполняем через 6 часов, F-IB-через-8часов, F-IIA-12часов, F-IB-24 часа, F-IC-48часов, F-III-72часа. Данный стандартизированный подход при выполнении повторных эндоскопических исследований позволяет диагностировать возникновение рецидива кровотечения намного раньше, до возникновения явных клинических проявлений и развития тяжелой кровопотери. Частота развития первого эпизода рецидива кровотечения после первичного комбинированного эндоскопического гемостаза составила 29,5% (21 больной). Все рецидивы кровотечения выявлены во время проведения контрольных динамических эндоскопических осмотров в течение первых суток пребывания пациентов стационаре. Рецидив кровотечения проявлялся диффузной кровоточивостью из области разрыва F-IB (11) и отрицательной "Forrest-миграцией" у (10) пациентов. Во всех случаях применен комбинированный эндоскопический гемостаз повторно. Кровотечение остановлено, проведено эндоскопическое укрепление гемостаза при отрицательной "Forrest-миграции". В динамике наблюдения у 20 (из 21) больных отмечалась положительная эндоскопическая картина, место разрыва визуализировалось в виде покрытого организованным коричневым струпом участка. Необходимость выполнения оперативного вмешательства возникла у 2 (2,1%) пациентов. У одного больного имелся разрыв в области кардиоэзофагеального перехода F-IA, III степени, длиной 3,5 см. Причиной возникновения разрыва явилась многократная рвота на фоне алкогольной абстиненции. Первичный эндоскопический гемостаз оказался не эффективен. Произведена гастротомия, ушивание разрыва. Послеоперационный период протекал без осложнений. Больной выписан. Второй пациент, подвергнутый оперативному вмешательству, изначально болел циррозом печени. Рвота возникла на фоне нарушения функции печени. При эндоскопии выявлен единичный разрыв в области

кардиоэзофагеального перехода F-IIA, II степени, длиной 2,5 см. С целью укрепления гемостаза произведено обкалывание периметра разрыва этанолом с дополнительной коагуляцией. На контрольной эндоскопии через 12 часов констатировано наличие кровотечения из области разрыва F-IV. Применен повторно эндоскопический гемостаз. Кровотечение остановлено, однако через 8 часов наличие повторного рецидива выявлено вновь. Пациент экстренно оперирован. Интраоперационно: цирроз печени, портальная гипертензия. Произведена гастротомия, ушивание разрыва. В послеоперационном периоде каких-либо осложнений со стороны операции не наблюдалось. На 7-е сутки наступил летальный исход на фоне печеночной недостаточности. Причиной многократного рецидивирования кровотечения в данном случае считаем выраженное развитие венозной архитектоники в области кардиоэзофагеального перехода на почве цирроза печени и связанную с ним гипокоагуляцию. Общая летальность составила 1,1%.

Выводы: таким образом, синдром Меллори-Вейсса является достаточно частой нозологической формой в общей структуре причин желудочно-кишечных кровотечений. Эндоскопия является основным лечебно-диагностическим методом, позволяющим визуализировать область разрыва в 100% случаев. Применение комбинированного эндоскопического гемостаза в сочетании с консервативной терапией позволяет добиться окончательного гемостаза в области разрывов у 97,2% пациентов. Эффективность эндоскопического гемостаза при продолжающемся кровотечении - 87,3%. С целью контроля над процессом установления гемостаза в области разрыва, раннего выявления возникшего рецидива кровотечения, своевременного проведения эндоскопического гемостаза должны применяться динамические эндоскопические осмотры по строгим временным интервалам в зависимости от изначального класса Forrest (1974). Частота развития первого эпизода рецидива кровотечения после первичного комбинированного эндоскопического гемостаза составила 29,5%. Оперативное вмешательство показано при продолжающемся кровотечении и неэффективности эндоскопического гемостаза. Оперативная активность составила 2,1%. Общая летальность составила 1,1%.

12. Лечебная тактика при внепеченочной портальной гипертензии, развившейся вследствие тромбоза воротной вены у пациентов с миелопролиферативными заболеваниями

Киценко Е. А., Манукьян Г.В., Фандеев Е. Е., Косакевич Е.Р., Крыжановская Е.Ю.
Москва

Отделение экстренной хирургии и портальной гипертензии ФГБНУ «Российский научный центр хирургии им. акад. Б. В. Петровского».

Актуальность. Внепечёночная портальная гипертензия (ВПГ), чаще всего, обусловлена тромбозом воротной вены и составляет от 20 до 30% всех пациентов с данным синдромом и является 2-й по частоте причиной развития портальной гипертензии после цирроза печени. Основными причинами венозных тромбозов и, в частности, внепечёночного тромбоза воротной вены (ВТВВ) в настоящее время принято считать наследственные и приобретённые тромбофилии. Учитывая полиэтиологический характер данной патологии, выбор тактики лечения и ведения данных пациентов в послеоперационном периоде должен производиться с учётом этиологии тромбоза портальной системы.

Цель. Усовершенствование лечебной и диагностической тактики у больных с ВПГ.

Материалы и методы. Проведен анализ результатов лечения 58 больных с ВТВВ и заболеваниями системы крови в период с 2008 по 2018 гг. 38 женщин (65,5%) и 20 мужчин (34,5%) в возрасте от 19 до 69 лет (медиана – 34,1 года). У всех исследуемых пациентов дебют заболевания состоялся во взрослом возрасте. Миелопролиферативные заболевания (МПЗ) выявлены у 58 (100%) пациентов. Обследование пациентов включало выявление различных системных и локальных факторов риска ВТВВ. У 30 пациентов (51%) помимо наличия МПЗ выявлены и другие факторы риска ВТВВ (наследственные

тромбофилии). С целью профилактики или рецидива кровотечения из варикозных вен (12,1%) больным выполнено мезентерикокавальное или спленоренальное шунтирование («бок в бок» или с интерпозицией синтетического протеза). У 51 пациента (87,9%) по данным МСКТ выявлен тотальный тромбоз спленопортальной оси, что послужило причиной препятствующей выполнению шунтирующей операции. Таким пациентам выполнено эндоскопическое лигирование варикозно расширенных вен (ВРВ) пищевода и желудка 26 (44,8%) больных, а также прошивание ВРВ пищевода и желудка (при их диаметре более 15 мм, что не позволяло выполнить эндоскопическое лигирование) – 13 больных (22,4 %). Прошивание ВРВ пищевода и желудка дополнялось выполнением спленэктомии в основном по причине большого размера селезенки, что препятствовало осуществлению доступа к желудку – 12 (20,7%) больных. Эластометрия селезенки выполнена 30 пациентам (51,7%) до оперативного вмешательства и в раннем послеоперационном периоде. В послеоперационном периоде всем пациентам назначалась длительная антикоагулянтная терапия (АКТ). Низкомолекулярные гепарины назначались в первые 3-4 суток после операции на срок 3 месяца с последующим переводом на пероральный прием оральные антикоагулянты (ингибиторы тромбина или ингибиторы фактора Ха свертывания) на длительный срок.

Результаты. В исследуемой группе, помимо преобладающего у всех пациентов МПЗ, были выявлены наследственные тромбофилии – 30 пациентов (51 %): 11 больных (18,9%) с наследственным дефицитом естественных антикоагулянтов антитромбина, протеинов «С» и «S»: по 4 (6,8%), 6 (10,3%) и 1 (1,7%) пациентов соответственно; гомозиготная мутация гена ингибитора активатора плазминогена 1 типа (РАI-I) – 17 пациентов (29,3%) и гипергомоцистеинемия, ассоциированная с мутациями гена метилентетрагидрофолатредуктазы (МТГФР) – 2 больных (3,4%). Антифосфолипидный синдром – 3 пациента (5,1%) и пароксизмальная ночная гемоглобинурия – 1 пациент (1,7%). Локальные факторы риска ВТБВ (воспалительные заболевания органов брюшной полости, травмы, операции и др.) обнаружены у 12 больных (20%). Летальных исходов в раннем послеоперационном периоде не было. Из осложнений раннего послеоперационного периода наблюдения явились геморрагические (кровотечения из постлигатурных эрозий) у 3 больных (5,1 %). Тромбоэмболические осложнения (рецидив тромбоза портальной системы или тромбоз портокавального шунта) отмечены у 6 больных (10,3%) в большинстве наблюдений – по причине самостоятельного отказа пациентов от приёма антикоагулянтов после выписки из стационара. При проведении оперативных вмешательств в объеме ПКШ во всех наблюдениях жесткость селезенки в послеоперационном периоде значительно снижается ($p < 0,01$), а при выполнении операций азигопортального разобщения данный показатель остаётся на прежнем уровне. ($p > 0,05$). Уровень 5- и 10-летней выживаемости составил 100%.

Выводы. При выборе лечебной тактики у больных с ВПГ, обусловленной тромбозом воротной вены, необходимо учитывать этиологический фактор. У пациентов с приобретенными МПЗ наличие наследственной тромбофилии увеличивает риск рецидива тромбоза в сосудах портальной системы, а также тромбозов других локализаций. Эластометрия селезенки имеет диагностическую ценность при синдроме портальной гипертензии и может служить косвенным прогностическим признаком развития ВРВ пищевода и желудка. Длительная АКТ снижает частоту геморрагических и тромбоэмболических осложнений в отдаленном послеоперационном периоде ($p < 0,05$). Отказ пациентов от АКТ снижает эффективность первично выполненного хирургического лечения и способно резко ухудшать прогноз.

13. Алгоритм выбора метода хирургического лечения осложненных форм грыж пищеводного отверстия диафрагмы с учетом индивидуальных особенностей пациента

Черкасов Д.М., Старцев Ю.М., Меликова С.Г.
Ростов-на-Дону

Актуальность проблемы. Одной из наиболее распространенных хирургических патологий желудочно-кишечного тракта являются грыжи пищеводного отверстия диафрагмы (ГПОД). Частота встречаемости данного заболевания в России составляет от 3 до 30% заболеваний ЖКТ. В последние годы как в Европе, так и в России, отмечается рост такого осложнения, как гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь. Следствием рефлюкс-эзофагита могут быть язвы пищевода, пептические стриктуры, пищевод Барретта, являющийся облигатным предраком. Также осложнениями ГПОД являются эрозии, кровотечения и ущемления. Однако в ряде случаев (6%) в результате антирефлюксной хирургии возникает рецидив ГПОД. Это послужило нам поводом научного поиска оптимальных методов лечения ГПОД с учетом индивидуальных особенностей больного.

Цель работы. Выработать алгоритм выбора оперативного лечения осложненных форм ГПОД в зависимости от индивидуальных особенностей больного.

Материалы и методы. Исследование основано на результатах лечения 163 больных с осложненными формами ГПОД, среди которых отмечено некоторое преобладание женщин (56,4%) над мужчинами (43,6%). Все пациенты были разделены по типам телосложения. Для постановки диагноза и уточнения характера осложнений применялись эзофагогастродуоденоскопия, рентгеноскопия согласно стандартной методике, внутрисветовая рН-метрия, эзофагоманометрия, спиральная компьютерная томография. При подозрении на метаплазию слизистой оболочки пищевода выполнялась прицельная биопсия и четырехквadrантный метод забора материала каждые 2 см. Для анатомического исследования использовано 40 препаратов, взятых от трупов людей от 19 до 75 лет, умерших от заболеваний, не связанных с органами пищеварения или сердечно-сосудистой системы.

Результаты и обсуждение. В результате проведенного нами исследования было выявлено, что у лиц брахиморфного типа телосложения размеры пищеводного отверстия диафрагмы превышают таковые у лиц мезоморфного и долихоморфного типов телосложения. Во II зрелом и, особенно в пожилом возрасте, роль связочного аппарата в фиксации пищевода в области одноименного отверстия значительно ослабевает за счет атрофических процессов. Начиная со второго зрелого периода изменяется так же ангиоархитектоника фасциально-мышечных структур диафрагмы. Полученные данные при анатомических исследованиях, а также результаты СКТ, подтвердили истончение и атрофические изменения диафрагмальных ножек. Все вышеуказанное говорит о том, что использование собственных тканей у лиц брахиморфного типа телосложения начиная со второго зрелого возрастного периода при хирургическом лечении осложненных форм грыж пищеводного отверстия диафрагмы недостаточно эффективно. Поэтому в указанных случаях мы выполняли пластику дефекта пищеводного отверстия диафрагмы за счет установки сетчатого импланта в заднее средостение, укрывая имплант путем выполнения задней крурорафии, что позволило нам избежать контакта сетчатого импланта со стенкой пищевода и органами брюшной полости. Далее выполнялась фундопликация по Ниссену с обязательной фиксацией фундопликационной манжетки одним или двумя швами к стенке пищевода. Нами проведен анализ результатов хирургического лечения осложненных форм ГПОД с помощью опросников качества жизни пациентов с ГЭРБ (GERD-HRQL) и GSRS, где были оценены синдром абдоминальной боли, рефлюксный и диспепсический синдромы, а также оценен общий балл. Следует отметить, что поздние послеоперационные осложнения, к которым относятся миграция фундопликационной манжеты в средостение, феномен «телескопа», гиперфункция манжетки, гастро-эзофагеальный рефлюкс и рецидив ГПОД, при пластике сетчатыми имплантами отмечались реже, чем при пластике собственными тканями (2,6% и 9,4% соответственно).

Выводы. На основании проведенных нами исследований, мы рекомендуем при хирургическом лечении осложненных форм ГПОД пациентам II зрелого и пожилого возрастных периодов всех типов телосложения с мелкими грыжами применять только пластику собственными тканями с использованием нитей V-lock. Лицам мезоморфного и долихоморфного типа телосложения с большими грыжами выполнять пластику собственными тканям и с использованием нитей V-lock и Викрил. Лицам брахиморфного типа телосложения с большими ГПОД и любого типа телосложения с гигантскими грыжами рекомендуется выполнять хирургическое лечение с использованием сетчатого импланта.

14. Выбор методики эзофагогастропластики при видеоторакоскопической резекции пищевода

Марийко В.А., Дорофеев Д.А., Третьяков В.О., Марийко А.В.
Тула

Тульский государственный университет, медицинский институт

Введение. В настоящее время увеличивается число операций на пищеводе, выполняемых как при злокачественных, так и при доброкачественных его заболеваниях миниинвазивными методами. Очевидны преимущества, позволяющие снизить травматичность операции, при сохранении возможности проводить необходимые по объему манипуляции на пищеводе. Наиболее часто для замещения резецированного пищевода используется желудок. Сейчас используются два варианта видеоторакоскопической эзофагэктомии: гибридный и комбинированный. При гибридном варианте – доступы торакаоскопический и лапаротомный, при комбинированном – торакаоскопический и лапароскопический. Эзофагогастропластика может завершаться как формированием пищеводно-желудочного анастомоза в правой плевральной полости, так и на шее.

Цель исследования: оценка влияния варианта видеоторакоскопической эзофагэктомии на выбор методики эзофагогастропластики.

Материалы и методы. Лапароскопический доступ при выполнении эзофагогастропластики менее травматичен, чем лапаротомный. При использовании лапароскопии производится мобилизация желудка с сохранением правой желудочно-сальниковой артерии. Формирование желудочного трансплантата может производиться из мини-лапаротомного доступа или внутрибрюшинно. Выкраивание трансплантата из мини-лапаротомного доступа производится по стандартной методике. При внутрибрюшинном формировании трансплантата стебель из большой кривизны желудка выкраивается аппаратным способом. Внутрибрюшинное формирование желудочного трансплантата обуславливает его меньшую длину по сравнению с мини-лапаротомным доступом, что создает трудности при формировании эзофагогастроанастомоза. Нами проведены исследования микроциркуляции в стенке желудочного трансплантата с использованием лазерной доплеровской флоуметрии (ЛДФ) у 22 пациентов. На сформированном трансплантате выполняли замеры в трех точках, расположенных проксимальнее последней ветви правой желудочно-сальниковой артерии с интервалом 2 см. С помощью ЛДФ в стенке трансплантата оценивали величину перфузии (M), среднее квадратичное отклонение M(б), коэффициент вариации (Kv). Используемый для ЛДФ аппарат ЛАКК-02 также позволяет определить насыщение кислородом тканей (SO₂). Исследование микроциркуляции в проксимальном аваскулярном отделе желудочного трансплантата показало, что на расстоянии 4 см от последней ветви правой желудочно-сальниковой артерии уже отмечается ухудшение перфузии желудочной стенки. На расстоянии 6 см регистрируется значительное ухудшение кровоснабжения стенки желудка. Снижение M, SO₂ и Kv свидетельствует об уменьшении поступления крови к исследуемой области. Среднее квадратичное отклонение d уменьшилось на 66,5%, что указывает на ухудшение модуляции кровотока. Проведенные исследования

показывают необходимость формирования эзофагогастроанастомоза на расстоянии не более 4 см от последней ветви правой желудочно-сальниковой артерии.

Обсуждение. При внутрибрюшинном формировании желудочного трансплантата трудно выполнить угловое рассечение стенки желудка, сформировать желудочную трубку оптимальной ширины, обеспечить необходимое растяжение желудка. Перечисленные трудности приводят к укорочению желудочного трансплантата и размещению гастроэзофагального анастомоза на большом удалении от окончания правой желудочно-сальниковой артерии. Использование лапароскопии при формировании желудочного трансплантата привело к увеличению количества несостоятельности эзофагогастроанастомозов на шее до 17-20%, поэтому ряд авторов отдает предпочтение внутриплевральному анастомозу. При данном варианте анастомоза его можно сформировать вблизи окончания правой желудочно-сальниковой артерии, но технически его более трудно выполнить из торакоскопического доступа. Высока летальность при несостоятельности данного варианта эзофагогастроанастомоза. Выполнение внутригрудного эзофагогастроанастомоза не показано при наличии опухоли в среднем и верхнегрудном отделах пищевода.

Таким образом, при завершении видеоторакоскопической эзофагэктомии формированием эзофагогастроанастомоза на шее целесообразно формирование желудочного трансплантата из мини-лапаротомного доступа. При лапароскопическом формировании желудочного трансплантата оптимальным является выполнение внутриплеврального анастомоза.

15. Возможности видеоэндохирургических технологий в лечении заболеваний пищевода

Черкасов М.Ф., Старцев Ю.М., Черкасов Д.М., Галашокян К.М.
Ростов-на-Дону
ФГБОУ ВО РостГМУ Минздрава России

Актуальность исследования. Видеоэндохирургия заболеваний пищевода в последние десятилетия все шире и шире используются в лечении заболеваний данного органа. Остается дискуссионным широкий диапазон вопросов, касающихся выбора доступа, объема оперативного вмешательства, ряда технических приемов.

Цель исследования. Улучшение результатов лечения больных заболеваниями пищевода.

Материалы и методы. В хирургических отделениях клиники Ростовского государственного медицинского университета выполнены 365 видеолапароскопических и видеоторакоскопических операций при патологических процессах пищевода. Произведено 163 оперативных вмешательств по поводу осложненных форм грыж пищеводного отверстия диафрагмы, 112 – в связи с нервно-мышечными заболеваниями (108 – ахалазия пищевода III – IV стадии, 4 – диффузный спазм пищевода), 28 – по поводу дивертикулов (16 – наддиафрагмальных и 12 – бифуркационных), 22 – доброкачественных новообразований. Осуществлено также 25 видеоторакоскопически ассистированных экстирпаций пищевода по поводу рака и 15 – в связи с рубцовыми сужениями пищевода. Еще у 18 пациентов произведена внутрисветная реконструкция анастомоза при помощи видеоэндохирургической техники при рубцовой стриктуре пищеводно-желудочного или пищеводно-кишечного анастомоза на шее, а у 19 больных при выполнении шунтирующей заградочной пластики формирование ретростерального тоннеля и наложение внутрисветного анастомоза выполнялись с помощью видеоэндохирургической техники.

Результаты. Проведенными анатомическими исследованиями установлено, что при правостороннем торакоскопическом доступе визуализация пищевода и манипуляции на нем возможны на протяжении всего его грудного отдела. При левостороннем торакоскопическом подходе пищевод доступен на уровне нижней и средней его трети,

при необходимости (после выполнения диафрагмотомии) возможны манипуляции на абдоминальном отделе пищевода и желудке. Лапароскопический доступ позволяет выполнять операции не только на брюшном его отделе, но и на грудной части вплоть до средней трети, дает возможность производить вмешательства не только при ахалазиях и грыжах пищеводного отверстия диафрагмы, но и при эпифренальных дивертикулах и доброкачественных новообразованиях пищевода, располагающихся выше диафрагмы. Видеоэндоскопические операции позволяют снизить число интра- и послеоперационных осложнений, величину кровопотери, количество применяемых препаратов, в том числе анальгетиков и антибиотиков, способствуют более быстрой нормализации показателей анализов крови, уменьшению сроков реабилитации больных, пребывания пациентов в стационаре. Лапароскопические операции на пищеводе переносятся легче торакоскопических.

Выводы. Таким образом, в настоящее время практически при всех патологических процессах пищевода, требующих хирургического вмешательства, операция может быть выполнена видеоэндоскопически. Лапароскопические и торакоскопические операции на пищеводе должны выполняться по строгим показаниям и с учетом противопоказаний. Выбор доступа к патологическому процессу на пищеводе должен осуществляться индивидуально, необходимо принимать во внимание его характер и локализацию, тип телосложения и анатомические особенности пациента. Возникновение интраоперационных осложнений не всегда является показанием к конверсии, зачастую они могут быть устранены без перехода на «открытую» операцию. Несмотря на все преимущества видеоэндоскопических вмешательств, возможность их применения при раке пищевода ограничивается I – II стадиями процесса.

16. Преимущества использования метода эндовакуумной терапии в лечении дефектов стенки пищевода.

Шевченко М.С., Барышев А.Г., Попов А.Ю., Быков М.И., Кулиш П.А., Лицишин В.Я.

Краснодар

ГБУЗ «Научно-исследовательский институт - Краевая клиническая больница №1 им. проф. С.В. Очаповского» Хирургическое отделение №1 Министерства здравоохранения Краснодарского края.

Проблемы лечения пациентов со сквозными повреждениями стенки пищевода, возникающими вследствие внешних причин (перфорации костью, последствия рвоты, эндоскопические повреждения и т.д.), и несостоятельности швов пищеводных анастомозов, до сих пор не решены, - о чём свидетельствует высокий уровень летальности: от 20 до 64%. При отсутствии возможности эндоскопического устранения дефекта стенки пищевода (клипирования, стентирования, ушивания), приходится выполнять экстирпацию пищевода с формированием эзофаготомии. Новая методика эндовакуумной терапии является перспективным методом лечения больных с данной патологией.

Цель работы: улучшить результаты хирургического лечения пациентов с перфорациями пищевода и несостоятельностью пищеводных анастомозов путем использования эндоскопической вакуумной терапии.

Материалы и методы. В период с 2015 г. по 2019 г. в ГБУЗ НИИ ККБ №1 им. проф. С.В. Очаповского метод эндовакуумной терапии был применен у 28 больных с повреждениями стенки пищевода. Пациенты были разделены на несколько групп в зависимости от этиологии повреждения: 1) перфорации инородным телом (n=9); 2) несостоятельность пищеводных анастомозов (n=5); 3) ятрогенные перфорации (n=5); 4) синдром Бурхаве (n=3); 5) пищеводно-плевральные свищи (n=6).

Результаты и обсуждение. При раннем выявлении повреждения пищевода, а это были пациенты с перфорациями после эндоскопических вмешательств,

продолжительность лечения составила в среднем 9,4 суток, что потребовало 2-4 замены вакуумной дренажной системы. В 2 из 6 (33%) клинических наблюдений в группе пациентов с пищеводно-плевральных свищами и соустьями, сформировавшихся после торакальных оперативных вмешательств, удалось добиться полного закрытия свища, а еще в 4 (67%) отграничения свища и создания условий для последующего хирургического лечения. При лечении 3 больных с синдромом Бурхаве в одном наблюдении на 16 сутки лечения отмечено отсутствие признаков заживления перфорации с возникновением нового дефекта на противоположной стенке, что послужило показанием к выполнению резекции пищевода с благоприятным исходом. У одного пациента с обширным повреждением стенки пищевода (6x2,5 см) за счет пролежня от забытой после торакотомии марлевой салфетки, частично мигрировавшей в просвет пищевода со стороны плевральной полости на фоне проведенного курса вакуумной терапии, сформировался псеводивертикул с удовлетворительным пассажем контраста и пищи. Из 5 пациентов с нарушением целостности пищеводных анастомозов эндоскопическая вакуумная терапия была эффективна в 4 наблюдениях (80%), а среднее время лечения составило 21 сутки. Показательным является случай успешного применения ВАК-терапии при несостоятельности эзофаго-энтероанастомоза после роботизированной гастрэктомии, в том числе с отсутствием стеноза анастомоза в отдаленном периоде. Только в одном клиническом случае на фоне проводимой вакуумной терапии отмечалась отрицательная динамика заживления несостоятельности эзофагогастроанастомоза и общего состояния больного, что потребовало выполнение разобщения анастомоза, однако на фоне прогрессирования септических осложнений и полиорганной недостаточности на 11 сутки наступил летальный исход.

Выводы: 1) эндоскопическая вакуумная терапия позволила восстановить целостность стенки пищевода у 22 из 28 пациентов (78,5%); 2) эффективность и органосохраняющий подход данного метода позволяют минимизировать количество обширных и многоэтапных реконструктивных операций, что значительно уменьшает риск возникновения летального исхода заболевания; 3) удалось не только сократить сроки пребывания пациентов на койке, но и добиться сохранения пищевода, тем самым обеспечить хорошее качество жизни больных.

17. Диагностика и лечение синдрома Бурхаве и его экспериментальное обоснование

МД Аль Райхан, Булынин В.В., Пархисенко Ю.А., Иванашкина С.В.
Воронеж

ФГБОУ ВО «Воронежский государственный медицинский университет имени Н.Н. Бурденко» Минздрава России

Актуальность. Спонтанный разрыв пищевода (синдром Бурхаве) наблюдается сравнительно редко, в пределах от 2,9% до 12% всех случаев повреждения пищевода. Сегодня среди хирургов нет той категоричности мнения об эффективности одного из методов лечения, не существует единых алгоритмов диагностики и оценки лечения. Спонтанный разрыв пищевода – это реальная угроза жизни пациента: летальность до 75% в догоспитальном периоде и более 90% в послеоперационном периоде и зависит от интервала времени между разрывом стенки пищевода и временем операции, а также от выраженности осложнения (гнойный эзофагит, гнойный медиастинит, двухсторонняя очаговая гнойная пневмония, сепсис).

Цель. Улучшить результаты диагностики, оперативного лечения пациентов со спонтанным разрывом пищевода за счет предложения алгоритма диагностики и нового метода оперативного лечения, используя результаты, полученные в эксперименте.

Материал и методы. С 1998 по 2017 гг в клинике пролечено 22 пациентов со спонтанным разрывом пищевода. Способы лечения разрыва нижней трети пищевода: дренирование плевральной полости – 8 пациента; ушивание дефекта – 2; ушивание

дефекта, фундопликация с укрытием швов дном желудка – 2 пациента; перфоративное отверстие не ушивалось, а формировалась манжета из дна желудка, укрывающая перфорацию (фундопликация по Черноусову) – 10 пациентов. При диагностике этого заболевания проводились стандартное обследование - ФГС, РО графия с контрастом, КТ с контрастированием пищевода. В эксперименте: в 1й группе – ушивание дефекта пищевода (n=40); во 2й группе – ушивание дефекта пищевода + фундопликация с укрытием швов дном желудка и формированием манжеты (n=40); в 3й группе – без ушивания дефекта пищевода, но с формированием манжеты из дна желудка (n=40). Экспериментально воспроизвести просто дренирование плевральной полости на животных невозможно.

Результаты и их обсуждение. Дренирование плевральной полости летальность – 5 (62,5%) пациентов. Ушивание дефекта стенки пищевода – 2 (100%). Ушивание дефекта стенки пищевода, фундопликация с укрытием швов дном желудка, несостоятельность швов – 2 (100%) пациента, летальность – 1 (50%) пациента. Перфоративное отверстие не ушивалось, а сформирована манжета из дна желудка, укрывающая перфорацию. Летальность – 2 (20%) пациента, которая связана с двухсторонней пневмонией на фоне прогрессирующего сепсиса. Несостоятельности швов манжеты у остальных пациентов, оперированных по этой методике, не было. В эксперименте: в 1й группе – несостоятельность швов 87,5%, а летальность – 100%; во 2й группе – несостоятельность швов 85%, а летальность – 100%; в 3й группе – несостоятельности манжеты не было, летальность – 17.5%.

Выводы. Обследование пациентов с синдромом Бурхаве должно быть комплексным – КТ и рентгенография с контрастированием пищевода водорастворимым контрастом, проведения ФГС мы стараемся избегать, ввиду нежелательности инсuffляции воздуха в средостение. Наиболее эффективным методом диагностики является КТ с контрастом пищевода. Наиболее эффективным органосохраняющим хирургическим способом лечения, в настоящее время, является восстановление разорванного пищевода без наложения швов на рану, а с формированием манжеты из дна желудка, укрывающей перфорацию. Ключевые слова: синдром Бурхаве, спонтанный, барогенный разрыв пищевода.

ДЕТСКАЯ ХИРУРГИЯ

1. Сравнительный анализ лапароскопических устройств в хирургии эхинококкоза печени

Минаев С.В., Григорова А.Н., Герасименко И.Н., Быков Н.И. Тимофеев С.В., Обедин А.Н.
Ставрополь
ФГБОУ ВО «Ставропольский государственный медицинский университет» Минздрава России

Актуальность. С развитием лапароскопии происходит расширение количества и видов оперативных вмешательств при большом количестве интраабдоминальных нозологий. Не остается в стороне и хирургия эхинококкоза печени. В связи с вышеизложенным.

Цель нашей работы - оценка эффективности новых лапароскопических устройств в хирургическом лечении эхинококковых кист печени у детей.

Материал и методы. В исследование вошло 25 детей с кистами печени различной этиологии. Размер кисты ≥ 3 см., расположение в V, IV, VII сегменте печени. За период с 2014 по 2019 год. Средний возраст составил $9,7 \pm 2,8$ года. Мальчиков было 16, девочек - 9. Оперативное лечение всем детям проводили при помощи многопортовой лапароскопической методикой. в зависимости от выбранного девайса больные разделены на 3 группы: группа №1 с применением классического эндомешок; группа №2 использовался мешок типа «Сочок»; группа №3 с использованием вакуумного эндоконтейнера ("Устройство для эндоскопического извлечения инфицированного биологического материала" Патент на полезную модель №170304).

Результаты и обсуждение. Время выполнения лапароскопии в группе №1 составило $120 \pm 1,2$ минут; в группе №2 - $92 \pm 3,3$ минут; в группе №3 - $75 \pm 1,7$ минут. Длительность оперативного вмешательства наименьшее было в группе №3 - $68 \pm 3,5$ минут, также, как и длительность болевого синдрома $2 \pm 0,7$ дней. Интраоперационные осложнения в группе №3 не отмечались. Рецидивов не отмечается. Благодаря закруглению проксимального конца эндоконтейнера, избегается травматизация тканей и уменьшается площадь работы при проведении эндохирургического вмешательства. Кроме того, за счет герметичного соприкосновения обеспечивается полное удаление компонентов кисты. Для его использования необходим один доступ в брюшную полость над патологическим очагом.

Выводы. Лапароскопическая эхинококкэктомия с применением вакуумного эндомешка и с обработкой остаточной полости аргонплазменной коагуляцией является эффективной операцией при кистах печени у детей.

2. Морфологические особенности эхинококкоза печени у детей

Минаев С.В., Григорова А.Н., Герасименко И.Н., Быков Н.И.
Ставрополь
ФГБОУ ВО «Ставропольский государственный медицинский университет» Минздрава России

Актуальность. Эхинококкоз – паразитарное заболевание, поражающее человека разных возрастных групп, с образованием эхинококковых кист в различных органах и развитием серьезных осложнений, приводящие к инвалидизации.

Целью нашего исследования - изучение морфологических и иммуногистохимических особенностей различных структур эхинококковых кист печени.

Материал и методы. Проведено исследование участков 27 первичных и 12 вторичных эхинококковых кист, совместно с прилежащей паренхимой печени. Приготовление гистологического препарата стандартным методом в аппарате Leica autostainer xl с окраской по Ван – Гизону. Иммуногистохимическое исследование выполнено на иммуногистостейнере Leica Bond MAX, с применением системы детекции Bond Polymer Refine Detection. Реакции проведены с антителами: CD3; CD4; CD8; CD5; CD20; CD79 α ; CD31; CD34; CD20; коллаген IV и I типа.

Результаты и обсуждения. При исследовании первичной формы эхинококкоза во всех случаях на полученных препаратах наблюдается разрастание соединительной ткани совместно с периваскулярным фиброзом, с появлением участков грануляционной ткани. Данные свидетельствуют о прямопропорциональных данных выраженности клинических проявлений и лабораторных данных, что, несомненно, играет роль в бессимптомном течении данного заболевания. Зародышевые пузыри придают герминативной оболочке зернистость диаметром 250–500 мкм наблюдались в 5 случаях, что необходимо учитывать при эхографической визуализации. В 2х случаях герминативная мембрана состоит из клеток, в которых отмечаются гранулы гликогена, также имеются крупные клетки с известковыми тельцами. В результате всех иммуногистохимических реакций отмечается яркая мембранная экспрессия Т-лимфоцитов в паренхиме печени первичных кист. Экспрессии В-лимфоцитов в структуре вторичных кистах, говорит о сформировавшемся иммунном ответе, что также показательно при определении IgG к эхинококкозу. Отмечено что наибольшая экспрессия коллагена IV типа во вторичных кистах. При вторичном эхинококкозе к паразиту прилежат некротический детрит и полиморфно-клеточный инфильтрат, в котором преобладают Т-лимфоциты, слабо выражена мезенхимальная реакция и отмечается обильная васкуляризация, при первичном эхинококкозе капсула представлена фиброзной гиалинизированной тканью с единичными инъекциями сосудистого русла.

Выводы. Знание гистологических и иммуногистохимических особенностей строения кисты печени играет роль в дальнейшем выборе тактики лечения эхинококкоза печени.

3. Сравнение различных методик компрессии рубцов пластырем пролонгированного действия

Минаев С.В., Ивченко А.А., Герасименко И.Н., Быков Н.И., Григорова А.Н., Обедин А.Н., Ивченко Г.С., Ракитина Е.Н., Шамадаев Э.З., Зеленская М.В., Погосян А.А.
Ставрополь

ФГБОУ ВО «Ставропольский государственный медицинский университет» Минздрава
России

Цель исследования: сравнение эффективности различных методик компрессии пластырем пролонгированного действия Контрактубекс на послеоперационные рубцы.

Материал и методы. В исследовании были включены 21 пациент в возрасте $3,6 \pm 1,7$ лет, имевших рубцы после оперативных вмешательств по поводу удаления образований кожных покровов. Мальчиков было 8, девочек - 13. Больные были разделены на две группы: группа №1 (11 пациентов) с продольным наложением пластыря пролонгированного действия Контрактубекс по общепринятой методике; группа №2 (10 пациентов) - поперечное наложение пластыря на послеоперационный рубец (по авторской методике). Длительность использования пластыря в обеих группах составила 3 месяца. Динамическое наблюдение проводили на 10, 30 и 90-е сутки исследования.

Результаты. У 20 (95,5%) пациентов отмечали хорошую комплаентность. К 90-м суткам после оперативного вмешательства ширина рубца в группе №1 была достоверно больше, чем в группе №2, составляя $2,5 \pm 0,15$ и $2,0 \pm 0,1$ ($p < 0,05$).

Выводы. Хороший косметический и функциональный результат формирования рубца после оперативных вмешательств в детской практике был обусловлен эффективной методикой поперечного наложения пролонгированного пластыря Контрактубекс.

4. Применение силиконовых повязок после криодеструкции у детей

Минаев С.В., Ивченко А.А., Герасименко И.Н., Быков Н.И., Обедин А.Н., Григорова А.Н., Ивченко Г.С., Ракитина Е.Н., Шамадаев Э.З., Зеленская М.В., Погосян А.А.
Ставрополь

ФГБОУ ВО «Ставропольский государственный медицинский университет» Минздрава
России

Гемангиома представляет собой сосудистое доброкачественное образование, развивающееся вследствие врожденной аномалии кровеносных сосудов. Одним из методов лечения сосудистой опухоли является криогенный метод. После проведения последнего, нередко, образуются гипотрофические или атрофические рубцы, а также депигментация кожи, что является существенной проблемой в косметическом плане для растущего организма.

Цель исследования: улучшение результатов лечения быстрорастущих капиллярных гемангиом кожных покровов в детском возрасте путем применения силиконовых повязок после криодеструкции.

Материал и методы. В исследовании участвовали 157 детей 1-6 месяцев жизни с быстрорастущими капиллярными гемангиомами кожи. Мальчиков было 93, девочек - 64. Выполняли криодеструкцию гемангиомы жидким азотом площадью до 10 см². После заживления раны пациенты были осмотрены (через 10-14 суток после криодеструкции) и разделены на 2 группы. В основной группе было 37 детей, которым выполняли наложение силиконовой повязки Дерматикс; в контрольной группе - 120 пациентов, которым проводили динамическое наблюдение. Рубцовую деформацию оценивали по Ванкуверской шкале.

Результаты. Отмечали статистически достоверно ($p < 0,001$) лучшее состояние рубца после криодеструкции в основной группе, чем в контрольной ($0,9 \pm 0,4$ и $2,9 \pm 0,3$ баллов соответственно). Достаточно высокие результаты лечения в обеих группах были при локализации рубцов в области головы-шеи и верхних конечностей ($0,4 \pm 0,12$ и $0,8 \pm 0,1$ баллов соответственно, $p < 0,04$). У пациентов контрольной группы отмечались явления гипопигментации и развитие гипотрофических рубцов.

Выводы. Применение силиконового покрытия Дерматикс после проведения криотерапии быстрорастущих капиллярных гемангиом кожи в ближайшем и отдаленном периодах обеспечивало хороший косметический и функциональный результат.

5. Оценка эффективности лапароскопии при эхинококкозе печени

Минаев С.В., Григорова А.Н., Быков Н.И., Обедин А.Н., Ивченко А.А., Герасименко И.Н.

Ставрополь

ФГБОУ ВО «Ставропольский государственный медицинский университет» Минздрава
России

Интерес к эхинококковому поражению печени не теряет своей актуальности в связи с трудностями в выборе способа оперативного лечения у детей. До недавнего времени «открытое» оперативное вмешательство являлось единственным способом лечения эхинококковой болезни. На сегодняшний день возрастает роль лапароскопического вмешательства при эхинококкозе печени, так как увеличивается количество показаний к данной методике.

Цель исследования: провести оценку эффективности лапароскопической эхинококкэктомии у детей.

Материал и методы: на базе ГБУЗ СК «Краевая детская клиническая больница» г. Ставрополя за период с 2003 года по 2019 года зарегистрировано 75 пациентов с эхинококкозом печени. Мальчиков было – 44 (57,5 %), девочек – 31 (42,5 %). Основная группа (многопортовая лапароскопическая эхинококкэктомия) – 37 (47,9 %) больных и контрольная группа (открытая миниинвазивная эхинококкэктомия) – 38 (52,1 %) пациентов. Критерии включения: дети в возрасте с 3 до 18 лет; CL, CE1, CE2 тип кисты; размер кисты ≥ 3 см; сочетанные формы эхинококкоза (печени и легких); поверхностно расположенные кисты. Лапароскопию проводили с использованием 3–4 портов в зависимости от места расположения и объема эхинококковой кисты, при выборе оптимального доступа устанавливали 1–2 порта 5 мм в правом/левом мезогастрii и 1 порт Xcel 12 мм в левом/правом мезогастрii (в зависимости от локализации эхинококковой кисты). Затем обкладывали кисты марлевыми салфетками, смоченными сколексоцидным раствором (глицерин), производили пункцию кисты и вводили глицерин. При помощи ультразвукового скальпеля Harmonic и биполярной коагуляции Enseal artificial, позволяющей осуществлять манипуляции под различными углами, вскрывали «крышу» кисты. Через 10 мм троакар вводили различные виды эндомешков/контейнеров для эвакуации хитиновой и фиброзной оболочки с фрагментами печеночной паренхимы. После удаления патологических тканей и салфеток, осуществляли ревизию остаточной полости с проведением аргоноплазменной коагуляции поверхности, включая небольшие желчные протоки, и контроль на гемостаз и желчеистечение.

Результаты. Наиболее длительным оперативным вмешательством является открытая эхинококкэктомия с оментопластикой, проводимая в контрольной группе - $123,1 \pm 2,7$ мин., в основной группе - $95,7 \pm 1,6$ мин. Температурная реакция была менее выраженная у пациентов основной группы – $36,5 \pm 0,2$ °С, в контрольной она составила $37,5 \pm 0,3$ °С, что достоверно ($p < 0,05$) выше показателя основной группы. Длительность болевого синдрома в основной группе (2-3 дня), ниже по сравнению с контрольной группой (5-7 дней). Интраоперационных осложнений в основной группе не наблюдалось, в отличие от контрольной группы, где в результате вмешательства был травмирован желчный проток, что привело к желчеистечению. В послеоперационном периоде в основной группе у 2 (5,7 %) пациентов наблюдались остаточные полости, что связано с размером кисты. В контрольной группе после контрольного УЗИ остаточные полости выявлены у 4 (10,5 %) пациентов, что связано с использованием титановых клипс. Поздние осложнения в основной группе встречались в единственном случае, в контрольной группе у 2 пациентов выявлены желчные свищи, у 1 пациента развилась острая кишечная непроходимость.

Выводы: анализ результатов эндоскопического лечения детей с эхинококкозом печени показал, что многопортовая лапароскопическая эхинококкэктомия снизила длительность оперативного вмешательства по сравнению с открытой миниинвазивной эхинококкэктомией на $27,3 \pm 1,1$ минут. Кроме того, многопортовая эхинококкэктомия позволила сократить количество послеоперационных осложнений на 9,7 % и избежать рецидива заболевания.

6. Хирургическое лечение осложнённых форм поздней спаечной кишечной непроходимости у детей

Бабич И.И., Мельников Ю.Н.
Ростов-на-Дону

Актуальность: удельный вес спаечной кишечной непроходимости составляет от 40 до 60 % среди прочих видов приобретенной кишечной непроходимости и не имеет тенденции к снижению. На фоне позднего обращения за медицинской помощью с

момента появления клинической картины кишечной непроходимости, отсутствия положительного эффекта от проведения консервативной терапии, появления перитонеальных знаков, встает вопрос об необходимости оперативного лечения. После проведения адгезиолизиса перед хирургом зачастую возникает проблема жизнеспособности участка кишки, вовлеченной в патологический процесс. Опираясь, в большинстве случаев, на визуальную оценку витальных свойств, принимается решение о необходимости резекции, либо сохранении пораженного участка. Подобная субъективная оценка не всегда является достоверной и во многом зависит от опыта оперирующего хирурга. Иногда доминанта произвести органосохраняющую операцию, или же чрезмерная настороженность в отношении качества визуально измененного сегмента кишечника, может послужить причиной неадекватной оценки ее жизнеспособности и привести к развитию осложнений, требующих повторной хирургической коррекции.

Материалы и методы: в клинике детской хирургии РостГМУ на базе ГБУ РО «ОДКБ» с 2010 г по 2018 г на лечение по поводу поздней спаечной кишечной непроходимости состояло 73 пациента, при этом 31,5% (23 пациента) были оперированы в период новорожденности по поводу врождённых пороков желудочно-кишечного тракта. Сроки обращения за медицинской помощью с момента появления клинической картины кишечной непроходимости составили: до 12 часов- 48 % (35 пациентов), 12-24 часа -32 % (23 пациента), свыше 24 часов- 20 % (15 пациентов). Жизнеспособность кишки, вовлеченной в патологический процесс во всех случаях, определялась с помощью разработанного нами способа определения зоны локального некроза и уровня резекции кишки. Решение о выдаче патента РФ от 5.04.19г по заявке на изобретение от 14 декабря 2017 г № 2017143990.

Результаты и обсуждение: клиническая картина заболевания у 94% (68 пациентов) на момент обращения за помощью в медицинское учреждение включала жалобы на боль в животе, тошноту, в 62 % случаев (45 пациентов) отмечалась рвота. У 76 % (55 пациентов) отсутствие самостоятельного стула и отхождения газов. В 36% случаев (26 пациентов) были выявлены положительные перитонеальные знаки. Всем пациентам выполнялась обзорная рентгенография органов брюшной полости, а также ультразвуковое исследование. На УЗИ органов брюшной полости у 73 % (53 пациента) была выявлена свободная, межпетельная жидкость, снижение перистальтики, в 86 % (62 пациента) положительный симптом “маятника”. При выполнении рентгенологического исследования у 89% (65 пациентов) определялись множественные горизонтальные уровни жидкости, вздутие кишечных петель, в 18% случаев (13 пациентов) положительный симптом “серпа”, свидетельствующий о перфорации полого органа. В 46, 5 % случаев (34 пациента), в связи с неэффективностью консервативных методов лечения, а также при наличии положительных перитонеальных знаков, было показано оперативное лечение после проведения предоперационной подготовки. Всем пациентам выполнялась диагностическая лапароскопия. После выполнения лапароскопического адгезиолизиса в 24 % случаев (18 пациентов) жизнеспособность кишки, вовлеченной в патологический процесс, подвергалась сомнениям. Данным пациентам выполнялась конверсия с последующей лапаротомией. С целью определения жизнеспособности кишки к центральной части сомнительного участка прикладывался электрод нейростимулятора “Стимулекс 12”. При этом, появление характерного воронкообразного углубления достоверно свидетельствовало о развитии некроза и являлось показанием к резекции. Уровень резекции определялся поэтапным перемещением наконечника электрода от центральной части патологически измененной области в проксимальном и дистальном направлении до момента появления циркулярного сокращения кишечной трубки. Резекция пораженного участка кишки выполнялась на расстоянии 2 см от зоны циркулярного сокращения. Таким образом, в 39 % случаев (7 пациентов) кишка была признана жизнеспособной, в 61 % (11 пациентов) выполнялась резекция в пределах здоровых тканей с формированием двойной энтеростомы. Релапаротомий в послеоперационном периоде не было. Реконструктивная

операция по закрытию энтеростом, как правило, выполнялась на 3-4 недели с момента первичной операции.

Выводы: разработанный способ определения зоны локального некроза позволяет своевременно, на стадии предперфорации, определить некроз кишечной стенки до развития явлений перитонита и показания к резекции кишки с формированием энтероанастомоза. Разработанным способ позволяет определить оптимальный уровень резекции кишки в пределах здоровых тканей, тем самым способствовать предотвращению развития энтеральной недостаточности в дальнейшем, а также избежать осложнений, требующих хирургической коррекции.

7. Лучевые методы диагностики у детей с гематогенным остеомиелитом

Минаев С.В.¹, Филипьева Н.В.¹, Лескин В.В.², Садовая А.С.², Загуменная И.Ю.²,
Ростова Н.П.¹, Григорова А.Н.¹, Шамадаев Э.З.²

Ставрополь

¹Ставропольский государственный медицинский университет, Ставрополь

²Краевая детская клиническая больница, Ставрополь

Целью исследования была оценка информативность применения лучевых методов диагностики у детей с гематогенным остеомиелитом (ГО) в клинике детской хирургии.

Материал и методы: в исследование вошло 64 пациента в возрасте 3-17 лет с ГО - 47 мальчиков и 17 девочек. Дети были разделены на две группы: 1-я группа - 49 детей, которым выполнялась рентгенография пораженной конечности; 2-я группа - 15 детей, которым выполнялась компьютерная томография (КТ) пораженной кости. Исследование проводилось при госпитализации, на 7, 21 и 45 сутки после операции. Диагностическую информативность лучевых методов оценивали по следующим параметрам: периостальное утолщение, литические повреждения, истончение эндооста, остеопения, потеря губчатой архитектоники кости, образование новых костных слоев, отслоение надкостницы и уплотнение мягких тканей.

Результаты: сравнивая два лучевых метода исследования, мы убедились в том, что рентгенография на раннем этапе заболевания показала только уплотнение мягких тканей у 16 (32,6%) пациентов. Вместе с тем при КТ уплотнение мягких тканей отмечали у 15 (100%) ($p < 0,05$), периостальное утолщение - у 15 (100%) ($p < 0,05$) и истончение эндооста - у 3 (20%) детей. Начиная с 7 суток открывается возможность прогнозирования хронизации процесса, в то время как при рутинном рентгенографическом исследовании аналогичные изменения костной ткани выявились только на 21-45 сутки. Согласно статистической обработке данных, вероятность выявления признаков ГО с помощью КТ, определена чувствительность метода, которая составила - 86,6% и специфичность - 89,2%. Для модели, описывающей возможность диагностики ГО у детей с помощью рентгенографии чувствительность, была - 64,4%, специфичность - 67,7%.

Таким образом, низкая вероятность ошибки и высокий уровень значимости показали предпочтительность КТ перед обзорной рентгенографией конечности в диагностике и прогнозировании развития осложнений гематогенного остеомиелита в детской хирургической практике.

8. Щадящий метод лечения гнойного мастита у детей

Сварич В.Г.

Сыктывкар

Республиканская детская клиническая больница

Цель работы: показать возможности щадящего метода лечения гнойного воспалительного процесса в грудной железе у девочек

Материалы и методы: за последние 10 лет под нашим наблюдением находилось 107 девочек в возрасте от 3 до 17 лет с острым гнойным маститом. У всех детей процесс был односторонним. До 2014 года оперативное лечение гнойного процесса заключалось в проведении под наркозом радиального разреза грудной железы над центром последнего, промывании антисептиком и дренировании резиновым плоским выпускником с последующим наложением повязки с мазью «Левомеколь» (первая группа из 52 детей). С 2014 года стали использовать более щадящий метод хирургического вмешательства – пункцию гнойного очага под местной анестезией обычной одноразовой иглой с эвакуацией гнойного содержимого без промывания антисептиком и ультразвуковым контролем в до - и послеоперационном периодах (вторая группа из 55 детей). В послеоперационном периоде накладывали повязку с 40% раствором спирта и мазью «Левомеколь».

Результаты и обсуждение: в первой группе средние сроки лечения составили 10 ± 2 дня. У всех детей в послеоперационном периоде дистальнее ареолы грудной железы визуализировался рубец различных размеров. При этом в отдаленном послеоперационном периоде три пациентки отметили формирование грубого косметически невыгодного рубца, потребовавшего последующего лечения. Отек и гиперемия в области воспалительного очага после операции редуцировались в сроки 7 ± 2 дня. Во второй группе средние сроки лечения составили 5 ± 1 сутки. В течение 3-5 суток воспалительные изменения купировались практически полностью. Естественно, что ни о каком рубце на месте хирургического вмешательства речи не шло и косметическим эффектом были удовлетворены все пациентки. У 83 детей удалось добиться полного излечения однократной пункцией. У двух пациенток потребовалось провести пункционное лечение повторно. Рецидив заболевания в отдаленном послеоперационном периоде случился у трех детей, у которых в конечном итоге было установлено, что причина рецидива крылась в нагноении фиброаденомы грудной железы. Наш опыт показывает, что для щадящего метода лечения и адекватной эвакуации гноя из воспалительного очага в грудной железе не обязательно использовать специальные толстые иглы и промывание полости гнойника раствором антисептиком.

Выводы: предложенный щадящий метод пункционного лечения гнойных маститов у девочек с использованием обычной иглы и без промывания гнойного очага раствором антисептика позволяет получить отличный косметический эффект и значительное укорочение сроков лечения.

9. Хирургическое лечение идиопатических запоров у детей (мультицентровое исследование)

Киргизов И.В.¹, Минаев С.В.², Шишкин И.А.¹, Аксельров М.А.³

¹Москва, ²Ставрополь, ³Тюмень

¹ФГБУ «ЦКБ с поликлиникой» УДП РФ

²СтГМУ

³ТГМУ

Актуальность: в настоящее время в детской хирургии общепринятого метода хирургического лечения хронических запоров с идиопатическим мегаректум не существует, а эффективность существующих методов доказана недостаточно. В литературе встречаются такие методы лечения как: антеградная очистительная клизма, проктоколэктомия с резервуарным илеоанальным анастомозом, вертикальная редукционная ректопластика, продольная проктопластика, трансанальная резекция прямой кишки и тд. Большинство этих операций предусматривают резекцию того или иного участка кишки без объективного учета патологически измененной части органа и являются потенциально опасными для ребенка.

Цель исследования: анализ результатов лечения, разработка оптимального метода хирургического лечения идиопатических запоров.

Материалы и методы: в исследование включено 117 детей. Дети, которым проводилось оперативное лечение по методике Соаве с 2006 по 2010 год объединены в группу 1 (n=32). С 2010 года мы применяем лапароскопически ассистированную переднюю низкую резекцию толстой кишки с аппаратным эндоректальным анастомозом, с лапароскопическим ультразвуковым контролем объема резекции толстой кишки, группа 2 (n=85). Средний возраст $15,3 \pm 0,4$ года. Мальчики 25%, девочки 75%. Показанием к операции являлось стойкое отсутствие эффекта от проводимой консервативной терапии в течение 2 х лет, декомпенсация запоров с явлениями каломазания, которое наблюдалось у всех больных, поступивших на оперативное лечение, с характерной рентгенологической картиной. Всем детям проводилась ирригография, профилометрия анального канала, колоноскопия с биопсией слизистой и полнослойная биопсия стенки прямой кишки. Морфо-гистохимическое исследование болезнь Гиршпрунга исключало. Клинический эффект оценивался по положительной динамике предыдущей симптоматики.

Результаты: в 1 группе запоры отмечались у 5 из 32, в 2 группе у 7 из 85, статистических различий по уровню клинического результата не выявлено ($p \geq 0,05$) Каломазание у детей 1 группы выявлено у 11 из 32, во второй группе у 4 х из 85. Точный двусторонний критерий Фишера ($p \leq 0,001$) Осложнения, потребовавшие выведения колостомы в первой группе наблюдались у 7 детей из 32, во второй группе у 5 из 85 ($p \leq 0,05$).

Выводы: таким образом, при хронических запорах с идиопатическим мегаректум у детей операцией выбора является лапароскопически ассистированная низкая передняя резекция толстой кишки, с аппаратным эндоректальным анастомозом и лапароскопическим ультразвуковым контролем объема резекции толстой кишки в нашей модификации, чем различные модификации операции Соаве, как по основным функциональным результатам так и количеству осложнений.

10. Использование биполярной электростимуляции при лечении аноректальных пороков развития (мультицентровое исследование)

Киргизов И.В.¹, Минаев С.В.², Шишкин И.А.¹, Апросимова С.И.¹, Дударев В.А.³,
Куликов Н.Н.³, Киргизов Ф.И.³

¹Москва, ²Ставрополь, ³Красноярск
¹ФГБУ «ЦКБ с поликлиникой» УДП РФ
²СтГМУ
³КрасГМУ

Цель исследования: разработать лечебно-диагностическую платформу - биполярный миостимулятор позволяющий проводить как оперативное лечение, так и реабилитацию больных с аноректальными пороками развития.

Материалы и методы: на основании опыта оперативного лечения более 800 детей с аноректальными пороками, нами разработана и активно используется лечебно-диагностическая платформа биполярный электростимулятор доктора Киргизова.

Результаты: Число неудовлетворительных результатов хирургического лечения аноректальных пороков у детей составляет от 10 до 60%. В результате исследования разработана данная универсальная лечебно-диагностическая платформа электростимулятор доктора Киргизова, который используется как хирургом во время операции, так и врачом и родителями в течение длительного времени на этапе реабилитации пациента. Биполярный электростимулятор доктора Киргизова используется при операциях по поводу аноректальных пороков в связи с тем, что у прибора удобная рабочая часть (пинцет), который легко подлжет стерилизации, как обычный пинцет для электрокоагуляции. Прибор безопасен работает от аккумуляторов, что исключает возможность повреждения пациента электротоком. Небольшой размер и легкость управления определяют его мобильность при работе в различных

операционных, возможность использования на выездных операциях вне нашей клиники. На основании нашего опыта шкала прибора позволяет регулировать силу тока от 1-200мА и в отличие от других приборов имеет изменяемую частоту импульсов 1-50 Гц, что позволяет верифицировать даже очень маленькие и расщепленные мышечные волокна сфинктеров. Он абсолютно необходим при проведении промежностной проктопластики, переднесагитальной и заднесагитальной аноректопластики, брюшно-промежностной проктопластики, лапароскопически ассистированной аноректопластики, сфинктеролеваторопластики при недостаточности анального сфинктера и сфинтерогилютеопластики, и сфинтерограциолопластики у более старших пациентов. Данный прибор используется родителями в домашних условиях и на этапе реабилитации в послеоперационном периоде в специальном режиме «реабилитация». Это обеспечивается безопасностью прибора, наличием ректального электрода, ценовой доступностью прибора, изменяемой шкалой режима реабилитации с силой тока от 0,1-25мА, и режимом ритмической стимуляции с частотой от 1-30 Гц. Мы используем следующие схемы электростимуляции - начинаем через 3 месяца после операции по 10 сеансов, курсами каждые три месяца в течение первых трех лет. Сила тока подбирается индивидуально по появлению стойкого ощущения, но не болевого. Частота также меняется и подбирается индивидуально у каждого пациента родителями.

Выводы: Данное исследование проведено на 800 пациентах с аноректальными пороками развития и таким образом, разработанная лечебно-диагностическая платформа доказала свою высокую клиническую эффективность при проведении оперативного лечения и последующей реабилитации аноректальных пороков развития у детей.

11. Роль лучевых методов обследований при воронкообразной деформации грудной клетки

Шамсиев Ж.А., Рузиев Ж.А.

Республика Узбекистан, Самарканд

Самаркандский государственный медицинский институт

Актуальность. Воронкообразная деформация грудной клетки (ВДГК) является наиболее частым патологией развития грудной клетки у детей и составляет до 2,3%, от всех пороков развития. В патогенезе заболевания, из-за искривлений грудинно-реберного комплекса уменьшается ретростернальное пространство, что оказывает неблагоприятное воздействие на органы средостения.

Цель работы – определить роль лучевых методов обследований при воронкообразной деформации грудной клетки у детей.

Материал и методы. За период с 2012 по 2016 года в отделении торакальной хирургии 2-клиники СамМИ находились 69 больных с ВДГК в возрасте от 1 года до 18 лет. Из них мальчиков было 45 (65%), девочки – 24 (35%). Комплекс обследования пациентов включал: сбор жалоб, анамнеза, объективный осмотр, лабораторное обследование, обзорную рентгенографию в прямой и боковой проекциях, мультиспиральную компьютерную томографию (МСКТ), электро- и эхокардиографию, спирометрию и консультации смежных специалистов - педиатра, кардиолога и эндокринолога.

Результаты и обсуждение. ВДГК внешне проявляется западением грудины и деформацией передних отрезков ребер различной формы и конфигурации, которая обычно начинается от уровня второго ребра (рукоятки грудины) и распространяется до мечевидного отростка. Рентгенологическое исследование выполняли в переднезадней и боковой проекциях. На рентгенограмме в прямой проекции выявляли степень смещения сердца, что косвенно позволяет судить о влиянии деформации на функцию сердца. Степень деформации оценивали по рентгенограмме в боковой проекции путём вычисления груднопозвоночного индекса Гижицкой (J.Gizicka). Деформация I-степени была у 26 (38%), II-степени – у 38 (55%), III-степень искривления - у 5 (7%) пациентов.

Наиболее информативным в определении степени, формы и разновидности искривления грудной клетки методом является МСКТ с 3D-моделированием. Симметричная деформация наблюдалась у 48 (69,6%) пациентов, ассиметричная – у 21 (30,4%), из них правосторонняя – у 14, левосторонняя – у 7. Кроме того, по томограммам вычисляли КТ–индекс Галлера (J.J.Haller) – отношение поперечного размера к переднезаднему размеру грудной клетки и грудно-реберный угол деформации. Данные параметры позволяют судить о влиянии деформации на функцию кардиореспираторной системы и являются наиболее информативными показателями в определении тактики лечения ВДГК. Индекс Гижичко менее 0,6, КТ индекс Галлера выше 3,2 и величину грудно-реберного угла менее 140° относим к сильной степени деформации и считаем показанием к выполнению торакопластики.

Вывод. При ВДГК наиболее информативным в определении формы, выраженности искривления и степени нарушений органов средостения, а также определяющим выбор лечебной тактики методом исследования является лучевые методы обследования, такие как, рентгенография, МРТ и МСКТ.

12. Антенатальная ультразвуковая диагностика аноректальных мальформаций

Шамсиев Ж.А., Саидов М.С.

Республика Узбекистан, Самарканд

Самаркандский государственный медицинский институт

Одним из наиболее важных показателей уровня развития здравоохранения является перинатальная смертность, которая в значительной мере обусловлена врожденной патологией, требующей хирургических вмешательств в периоде новорожденности. Диагностика большинства врожденных пороков развития возможна и должна осуществляться в антенатальном периоде.

Цель: анализ аноректальных мальформаций в структуре антенатального выявления пороков развития плода посредством ультразвуковой диагностики.

Материалы и методы: прослежены результаты скринингового обследования 416672 беременных в скрининговом центре Самаркандской области за период 2010-2015 гг. Ультразвуковое обследование беременным женщинам выполняли в сроке гестации 20-22 недель, когда уже детально удастся визуализировать сонографические признаки порока развития.

Результаты. Посредством ультразвуковой диагностики всех беременных женщин различные пороки развития выявлены у 1053 (0,25%) обследованных. Преобладали anomalies развития головного мозга и черепа – 428 (40,6%), следует отметить, что у 27 (2,6%) выявлены аноректальные мальформации, а в структуре пороков развития желудочно - кишечного тракта они составили 16,6%. Все беременные, выявленные с этим пороками развития, находились под совместным наблюдением акушер - гинеколога, неонатолога и детского хирурга. После планового родоразрешения, эти новорожденные были переведены детский хирургический стационар для дальнейшей коррекции порока. Проведенный анализ результатов ультразвукового обследования показал: чувствительность метода составила 57,1%, специфичность – 98,8% и общая точность – 96,5%.

Заключение. Таким образом, ультразвуковая сонография плода является одним из высокоинформативных методов антенатальной диагностики аноректальных мальформаций.

13. Результаты лечения младенческих гемангиом анаприлином

Шамсиев Ж.А., Ибрагимов О.А., Шамсиев Б.М.

Республика Узбекистан, Самарканд

Актуальность. Гемангиома – это доброкачественная сосудистая опухоль, которая начинает увеличиваться уже с первых дней жизни ребенка до нескольких месяцев. Чаще всего гемангиома наблюдается у 7-10% новорожденных детей и заметна сразу после рождения. Несмотря на накопленный опыт лечения гемангиом единая лечебная тактика до сих пор не выбрана. Многообразие их форм, локализаций и распространенности диктуют необходимость постоянного поиска эффективных методов лечения.

Цель работы – выбрать оптимальный и безопасный метод лечения гемангиом у детей.

Материал и методы. Проведен анализ лечения больных 2-клиники Самаркандского Государственного Медицинского института за период 2005-2016 гг. В основу клинического исследования положены результаты наблюдений 238 пациентов с разными формами гемангиом. В возрасте до 1 года пролечено 122 (51,3%) ребенка, 1 - 3 лет - 51 (21,4%), 4 - 7 лет - 29 (12,2%), 8 - 15 лет 36 (15,1%). Из них мальчиков было 104 (43,7%), девочек – 134 (56,3%). Капиллярные гемангиомы встречались наиболее часто – у 148 (62,2%) больных, кавернозные гемангиомы диагностированы у 67 (28,2%) больных, комбинированная выявлена у 23 (9,6%) больных.

Результаты. Всем больным проводилось консервативное лечение. Больным назначался бета-блокатор анаприлин перорально, по расчету $2 (\pm 0.5)$ мг/кг массы тела ребенка. Предлагаемая схема дозирования анаприлина – 2 мг/кг в 2-3 приема - не учитывает индивидуальные особенности пациентов. Результаты оценивались по прекращению роста и уменьшению размеров гемангиомы, по уменьшению ее плотности и яркости окраски, а также по заживлению трофических расстройств на поверхности опухоли и отсутствию отрицательной клинической динамики. Среднее время наблюдения составило 17 (10-24) мес. и у большинства пациентов после 9 месяцев наблюдалось значительное снижение интенсивности окраски гемангиомы. У 78 больных в связи с улучшением через 1 год лечение закончено, но семерым потребовалось повышение дозы анаприлина (до 2,5 мг/кг на массы тела), а троим проведено оперативное вмешательство, связанное с прогрессивным ростом опухоли. У шестерых из 43 пациентов, прошедших курс лечения, через 3 мес. после прекращения терапии были зафиксированы небольшой повторный рост и потемнение гиперплазии. Повторный рост гемангиом после остановки терапии наблюдался чаще у детей старше 1 года. Этим пациентам было повторно назначено лечение анаприлином ещё на 1 год. Обычно рецидивы гемангиом протекают легко, и пациенты хорошо реагируют на повторную терапию. 143 больным продолжается лечение анаприлином на разных стадиях регрессии, однако скорость регрессии различается.

Выводы. В результате проведенных нами исследований можно сделать выводы, что выбор правильной тактики лечения гемангиом у детей является основным элементом положительных результатов лечение данного контингента больных. Результат применения анаприлина при лечении гемангиом на протяжении 3 лет эффективен, достаточно безопасен, препарат легко доступен, и может применяться в качестве препарата первого ряда.

14. Лечение острого гематогенного остеомиелита костей тазобедренного сустава у детей

Шамсиев Ж.А., Махмудов З.М.
Республика Узбекистан, Самарканд
Республика Узбекистан, Самарканд

Основным методом лечения острого гематогенного остеомиелита костей тазобедренного сустава (ОГО КТС), как известно, является хирургический метод. Основными требованиями при проведении местного лечения ОГО КТС должны быть:

простота исполнения, полноценное дренирование и радикальное удаление гноя из очага без вторичного инфицирования мягких тканей, щадящий доступ и создание благоприятных условия для регенераторных процессов костной ткани, обеспечение оптимального функционального результата

Цель работы: улучшение результатов лечения ОГО КТС путем совершенствования хирургического лечения, и её осложнений.

Материалы исследования. Для решения поставленных задач нами произведено обследование и лечение 146 детей с острой болью в тазобедренном суставе, в возрасте от 6 до 15 лет, находившихся на стационарном лечении в отделении гнойной хирургии 2 – клиники СамМИ за период с 1991 по 2016 гг. По виду проведенных хирургических вмешательств 114 больных с ОГО КТС разделены на три клинические группы. Первую группу составили 33 (29%) детей, получавших общепринятое хирургическое лечение – после артротомии тазобедренного сустава, некоторым больным проводилась фиксация шейки бедра крестообразно проведенными спицами Киршнера. Вторую группу составили 61(53,5%) детей, которым вскрытие очага производилось методом декомпрессионной остеоперфорации крыши вертлужной впадины. Третью группу составили 20 (17,5%) пациентов, отличающиеся поздним поступлением и неблагоприятными рентгенологическими данными костей тазобедренного сустава. Этим детям с целью профилактики патологического перелома или вывиха головки и шейки бедренной кости, после артротомии проводили фиксацию с использованием аппарата Илизарова. Сравнительный анализ частоты ортопедических последствий ОГО КТС показал, что наибольшее количество осложнений в отдаленные сроки после выписки больных из стационара отмечено в первой группе, где анкилоз тазобедренного сустава наблюдался у 9 (42,8%) больных, в третьей- 9(45%), а во второй у - 9 (20%). Патологический вывих и перелом шейки бедренной кости в I группе составил- 9(42,8%), во III – 8(40%) и в II -9(20%) больных соответственно. Переход в хроническую форму заболевания в 1 и в 3 группах составили соответственно 7(33,3%) и 5(25%) больных. Во второй группе перехода в хроническую форму заболевания не было отмечено. При применении предложенных способов лечения частота ортопедических последствий уменьшилась с 42,8% до 15,5%, т.е. более чем в 2 раза.

Выводы. Таким образом, сравнительный анализ непосредственных и отдаленных результатов лечения детей с ОГО КТС показал, что применение разработанных хирургических методов лечения, позволило в более ранние сроки улучшить клиническое состояние больных, снизить переход заболевания в хроническую форму (отмечался у детей 1 и 3 группы - 33,3% и 25%, во второй группе данного осложнения не отмечалось). При применении предложенных способов лечения частота ортопедических последствий уменьшилась с 42,8% до 15,5%, т.е. более чем в 2 раза, и у 84,7 % детей получены в отдаленном периоде удовлетворительные и хорошие результаты.

15. Опыт лечения инвагинации кишечника у детей

Шамисев Ж.А., Атакулов Д.О.

Республика Узбекистан, Самарканд

Самаркандский государственный медицинский институт

Проблема диагностики и лечения инвагинации кишечника (ИК) остается одной из актуальных в неотложной хирургии детского возраста. Анализированы результаты обследования и лечения 79 детей с ИК за последние 10 лет, из них 52 (68%) - были дети в возрасте до 1 года. Наиболее частой причиной инвагинации явились нарушения пищевого режима ребенка, а также сопутствующие заболевания (ОКИ, респираторные заболевания и др.). Диагностика ИК включала: сбор анамнеза, объективное исследование, клиническую симптоматику, обзорную рентгенографию, пневмоирригоскопию. С 2012 года в протокол обследования в качестве основного метода диагностики ИК внедрена ультрасонография. УЗИ является простым, доступным и

неинвазивным методом, позволяющим не только установить наличие инвагинации, но и идентифицировать его структуру, выявить прямые и косвенные признаки осложнений, что наиболее важно для выбора тактики лечения. Выбор лечебной тактики основывался на совокупности признаков, включающих длительность заболевания, тяжесть общего состояния, выраженность явлений кишечной непроходимости, наличие перитонеальных симптомов, результатах эхографического исследования. 40 (52%) больным проведено консервативное лечение: из них в 23 случаях – пневматическая дезинвагинация под рентгенконтролем. С 2012 года с целью консервативного лечения применяем гидростатическую дезинвагинацию 1,5% раствором хлорида натрия под УЗИ контролем. Лечение по данной методике начинаем детям с признаками инвагинации независимо от давности заболевания и возраста ребенка при отсутствии перитонеальных явлений и признаков тонкокишечной инвагинации. Данный способ успешно применен 17 больным, из них в 1 случае полностью расправить инвагинат не удалось, на лапаротомии выявлена органическая причина - полип слепой кишки. Оперировано 39 (48%) больных в связи с поздними сроками поступления, 8 больным в связи с некрозом кишки произведена резекция с созданием анастомоза. Таким образом, применение УЗИ в диагностике ИК позволило приблизить эффективность комплексной диагностики заболевания к 100%. Методика гидростатической дезинвагинации под ультразвукографическим контролем является простым, безопасным и эффективным способом неоперативного лечения ИК у детей, позволяющим расширить показания к консервативной тактике лечения.

16. Antihypoxic and antioxidant therapy in children with craniocerebral trauma

Shamsiyev J.A., Igamova S.S.
Samarkand, Uzbekistan
Samarkand state medical institute

The aim of the study was to evaluate the antihypoxic and antioxidant effect of Cytochrome-C in patients with craniocerebral trauma (CCT).

Material and methods: we examined 167 children with traumatic brain injury (TBI) and with concussion of the brain at the age of 6 months to 14 years old, hospitalized in the ICU 2 – SamMI clinic. Children with TBI were divided into two groups. Patients of group 1 (87) underwent standard treatment. Group 2 (80) consisted of patients who were additionally given a continuous intramuscular injection of Cytochrome-C in the calculation of 1 mg / kg per day for 10-12 days of their presence in the clinic. Patients underwent a general neurologic examination, dynamic observation and a set of studies, neurosonography was performed for a patient up to a year, EEG for patients with CCI with convulsions, MSCT and MRI for severe TBI, in the 1st day of hemoglobin in the blood, and detailed biochemical analysis blood.

Results: with standard infusion and transfusion therapy, the improvement was for 5 days, and against a background of constant injection of Cytochrome-C, compensation mechanisms are implemented on the third day of treatment, and on the 5th day of the post-traumatic period oxygen balance is normalized, and antioxidant protection of brain tissue. Restoration of oxygen balance in patients protected by Cytochrome-C, mainly due to the normalization of pumping function of the heart. Correction of oxygen debt was accompanied by a decrease in the level of lactate and glucose. All this makes it possible to recommend the inclusion of Cytochrome-C in the standards of intensive treatment of victims with trauma to the skull and concussion of the brain.

Conclusion: the inclusion of Cytochrome-C in the complex treatment of patients with CCI contributes to early recovery of oxygen balance and correction of metabolic disorders and rapid recovery of patients.

17. Химиотерапия в комплексном лечении эхинококкоза легкого у детей

Шамсиев Ж.А., Имамов Д.О., Рузиев Ж.А., Шамсиев Б.М.

Эхинококкоз — хроническое заболевание, характеризующееся развитием в печени, реже (легких и других органах) солитарных или множественных кистозных образований.

Цель исследования усовершенствовать методы диагностики и хирургического лечения эхинококкоза легкого.

Материал и методы. Во 2-клинике СамМИ за период с 2012 по 2014 гг. обратились с предварительным диагнозом: эхинококковая киста легкого - 64 больных. При этом было выявлено, что у 43 (67%) больных отмечался изолированный эхинококкоз легкого, а у остальных 21 (33%) больных имелся сочетанный эхинококкоз (с поражением печени). Больные были в возрасте от 1-го до 18 лет и девочек было меньше 24 (37,5%), чем мальчиков – 40 (62,5%). По расположению кист больные разделились следующим образом: в правом легком у 35 (55%) больных, а в левом легком обнаружено у 24 (37%), в обеих легких эхинококковые кисты отмечались у 5 (8%) больных. Основными субъективными признаками заболевания при обращении больных являлись тупые боли в грудной клетке и кашель. Диагноз установлен на основании комплексного обследования, рентгенография грудной клетки, РНГА с эхинококковым антигеном, а также ультразвуковой сонографии.

Результаты. Тактика комплексного лечения заключалась в том, что всем больным в дооперационном периоде проводилась химиотерапия с помощью препарата Альбендазол 28 дневным курсом. После которого производилось контрольное УЗИ. Больным, имеющим тенденцию к уменьшению в размерах эхинококковой кисты, продолжали химиотерапию в течение 5-6 месяцев. Больным, у которых тенденция к уменьшению не наблюдалась проводилось хирургическое лечение. Хирургическое лечение во всех случаях придерживалось органосохраняющей операции и заключалось в эхинококкэктомии с обработкой остаточной полости подогретым раствором глицерина. У 1 больного отмечались мелкие кисты обеих легких (до 2,0см) последние после применения химиотерапии, оперативное лечение не понадобилось. Всем оперированным больным в послеоперационном периоде проведено 2 курса химиотерапии в качестве предотвращения рецидива заболевания.

Вывод. Таким образом, применение химиотерапии в комплексном лечении эхинококкоза легкого у детей, рецидива заболевания не отмечалось и улучшались послеоперационные результаты.

18. Отдаленные результаты хирургического лечения острого гематогенного остеомиелита костей тазобедренного сустава у детей

Шамсиев Ж.А., Махмудов З.М., Атакулов Д.О.

Республика Узбекистан, Самарканд

Самаркандский государственный медицинский институт

Актуальность. Осложнения острого гематогенного остеомиелита в структуре ортопедической патологии составляют от 3 до 6%. Профилактика осложнений больных с острым гематогенным остеомиелитом костей тазобедренного сустава (ОГО КТС) у детей всегда представляло сложную задачу хирургии. Ортопедические осложнения (вывихи, деформации, укорочение, контрактуры и анкилозы крупных суставов) наблюдаются в 31-71% случаев.

Целью нашего исследования явилось, анализ отдаленных результатов хирургического лечения ОГО КТС у детей, с применением количественных параметрических показателей.

Материал и методы исследования. Для решения поставленной цели нами произведено обследование и лечение 142 детей с ОГО КТС, в возрасте от 6 до 15 лет, находившихся на стационарном лечении в отделении гнойной хирургии 2-клиники

Самаркандского Медицинского института с 1991 по 2016 гг. По виду проведенных хирургических вмешательств больные были разделены на три клинические группы. Первая группа получила общепринятое хирургическое лечение – после артротомии тазобедренного сустава, некоторым больным проводилась фиксация шейки бедра крестообразно проведенными спицами Киршнера. Вторую группу составили дети, отличающиеся поздним поступлением и неблагоприятными рентгенологическими данными костей тазобедренного сустава. Этим детям с целью профилактики патологического перелома или вывиха головки и шейки бедренной кости, после артротомии проводили фиксацию с использованием аппарата Илизарова. В третьей группе вскрытие очага производилось методом декомпрессионной остеоперфорации крыши вертлужной впадины по предложенной методикой лечения в нашей клинике.

Результаты и их обсуждения. Для объективной оценки результатов лечения ОГО КТС нами был разработан и внедрен метод количественного параметрического показателя, коэффициент укорочения конечности (КУК) и коэффициент подвижности сустава (КПС). КУК был основан на учете соотношения длины пораженной бедренной кости к здоровой конечности. КУК вычисляется следующим образом: измерялось расстояние между передне-верхней остью подвздошной кости и верхним краем надколенника с помощью сантиметровой ленты на здоровой и больной конечностях. Данные исследования КУК оценивались следующим образом: если КУК равнялся 1,0 или был $> 0,9$, результат оценивался как хороший (I - степень). Если КУК был $< 0,9$, но $> 0,8$, результат оценивался как удовлетворительный (II - степень). Если КУК составлял меньше 0,8, результат оценивался как неудовлетворительный (III - степень). КПС высчитывался следующим образом: складывались углы движения в тазобедренном суставе в отведении и сгибании, на больном и здоровом тазобедренном суставах, которые затем делились между собой. Данные исследования КПС оценивались следующим образом: если КПС равнялся 1,0 или был $> 0,7$, результат оценивался как хороший (I - степень). Если КПС был $< 0,7$, но $> 0,5$, результат оценивался как удовлетворительный (II - степень). Если КПС составлял 0, т.е. в больном тазобедренном суставе отсутствовали движения (анкилоз), результат оценивался как неудовлетворительный (III - степень).

Выводы. Из 142 больных с острым гематогенным остеомиелитом костей тазобедренного сустава отдаленные результаты лечения были изучены у 104 (73,2%) пациентов в сроки от 1 до 15 лет после выписки из стационара. В том числе у 52 (65%) больных первой группы, 20 (100%) пациентов второй группы, и у 32 (76,2%) третьей группы. Хорошие результаты из числа всех больных были отмечены у 43,3% больных. Наилучшие результаты получены у больных в 3-ей группе - 56,2%, что было значительно выше по сравнению с первой (34,6%), и 2-ой группой - 45%. Неудовлетворительные результаты лечения, в 3-ей группе составили только 18,8%, в то время как в 1-ой группе составил 40,4 %, во 2-ой - 25%.

19. Тактика лечения тератоидных опухолей у новорожденных

Шамсиев Ж.А., Давранов Б.Л.

Республика Узбекистан, Самарканд

Самаркандский государственный медицинский институт

Актуальность. У новорожденных и грудных детей с опухолевыми заболеваниями тератомы составляют 22-25% случаев. У новорожденных тератомы построены из незрелых тканей и трудноотличимы от злокачественных опухолей. У детей в возрасте от 4 месяцев до 5 лет тератомы являются злокачественными в 50-60% случаев. Лечение тератом у детей основывается на степени зрелости (злокачественности) опухоли. При зрелых (доброкачественных) тератомах оптимальным видом лечения является радикальная операция с удалением опухоли вместе с ее капсулой в предельно ранние сроки. У детей с незрелыми (злокачественными) тератомами применяется

комбинированное (сочетанное) лечение. Выполнение радикальных операций при незрелых тератомах бывает затруднительным в связи с инфильтративным ростом опухоли и ее местным и отдаленным распространением (метастазированием).

Цель: провести анализ хирургического лечения тератом крестцово-копчиковой области у новорожденных.

Материал и методы. Во 2 клинике СамМИ в период с 2006 по 2016 года в отделении хирургии новорожденных находилось на стационарном лечении 32 новорожденных с диагнозом тератоидная опухоль крестцово-копчиковой области. Из них мальчиков было 9 (28,1%), девочек 23 (72,9%), подавляющее большинство были из сельской местности 29 (90,6%), остальные 3 (9,4%) были городскими. Всем больным проведено клиничко-лабораторное обследование, которое включало в себя УЗИ образования, рентгенологическое обследование, компьютерную томографию, позволяющие уточнить локализацию и тип опухолевидного образования, а также с целью уточнения степени зрелости опухоли определялся уровень альфа-фетопротеина в крови. По расположению наружных было 4 (12,5%), наружно-внутренних 25 (78,1%) и у 3 (9,4%) было внутреннее расположение опухоли. После предоперационной подготовки больным было проведено радикальное лечение - иссечение тератоидной опухоли. После чего они были обследованы гистологически, при этом у 27 (84,4%) обнаружена зрелая тератома, у остальных 5 (15,6%) выявлена незрелая (злокачественная) тератобластома. Послеоперационные осложнения отмечены у 12 (37,5%) больных (нагноение раны у 8 (25,0%), расхождение швов у 2 (6,3%), рецидив заболевания у 2 (6,3%)). Учитывая, что по последним данным литературы, все тератоидные опухоли являются условно злокачественными, мы в последнее время всех больных после выписки из стационара для дальнейшей наблюдения направляем к детским онкологам.

Выводы. Таким образом, лечение тератоидной опухоли должно начинаться в ранние сроки после рождения и заключается в радикальном иссечении опухоли вместе с капсулой. После выписки из стационара они в обязательном порядке должны находиться под наблюдением у детского онколога.

20. Перинатальное поражение ЦНС у детей с хирургической патологией

Шамсиев Ж.А., Игамова С.С., Бобоев К.Р.

Республика Узбекистан, Самарканд

Самаркандский государственный медицинский институт

Актуальность проблемы. Согласно данным литературы, частота судорожного синдрома у новорожденных 1–15 на 1000 живорожденных, но у недоношенных доходит до 15–25%. Главную роль в прогнозе исходов судорожного синдрома играет не сам факт их наличия, сколько причины, их вызывающие, при неблагоприятном течении и прогнозе этиология судорожного синдрома складывается из выраженных внутриутробных нарушений, тяжелых родов и расстройств постнатального развития.

Цель работы: диагностика судорожного синдрома у детей при перинатальных поражениях мозга.

Материалы и методы исследования. Анализ результатов клинического наблюдения 45 новорожденных и детей раннего возраста с фебрильными и афебрильными судорогами, находившихся на стационарном лечении во 2- клиники СамМИ, за 6 мес (с июля по декабрь 2016 г. включительно). Детям проводили клинический осмотр с оценкой неврологического статуса, инструментальное исследование (КТ головного мозга) и лабораторную диагностику.

Результаты. Проведенный анализ показал, что детей с перинатальным гипоксическим поражением ЦНС было 15 (33,3%). У 21 (46,7%) ребенка отмечен неосложненный неврологический премобидный фон и единичные приступы длительностью не более 5 минут. Выявили 9 (20%) больных с фебрильными судорогами, в последующем перешедшие в афебрильные. Среди выявленных больных 5 (11,1%)

имели легкую степень клинического течения судорожного синдрома новорожденных и детей раннего возраста, среднетяжелую – 27 (60,0%) и 13 (28,9%) – тяжелую. Изолированные судороги обнаружены у 38 (84,4%), сочетание нескольких типов – у 7 (15,6 %). При рождении новорожденные в большинстве случаев имели 4–6 баллов по шкале Апгар. Среди наблюдавшихся детей 30 (66,7%) были доношенными и 15 (33,3%) недоношенными. У большинства новорожденных неонатальные судороги возникали в 1-е сутки жизни - 20 (44,4%), на 2-е сутки - 8 больных (17,8%), на 3-е сутки - 4 (8,9%), на 4-е сутки - 8 (17,8 %) и с 5-х по 28-е сутки - 5 (11,1%). Повторные эпизоды неонатальных судорог были отмечены у 38 (84,4%) новорожденных. У детей в постнеонатальном периоде преобладали генерализованные пароксизмы у 28 (62,2%). В раннем резидуальном периоде на КТ атрофические изменения были в лобной доле – у 10 (22,2%); лобно-теменной – у 7 (15,6%); лобно-теменно-височной области – у 5 (11,1%); диффузные изменения у 11 (24,4%). В 28 (62,2%) случаях было сочетание расширения боковых желудочков и субарахноидального пространства (САП), также межполушарной борозды (МПБ) у 21 (46,7%). Чаще всего расширения были сочетанными. Заключение. В структуре проявлений судорожного синдрома у детей раннего возраста с перинатальным поражением нервной системы составляют неонатальные судороги, преимущественно возникающие в 1–3 сутки, чаще фрагментарные, тонические, с высокой частотой повторных и резистентных эпизодов, постнеонатальные судороги. Целесообразно применение компьютерной томографии головного мозга у детей раннего возраста.

21. Политравма детского возраста

Шамсиев Ж.А., Махмудов З.М., Игамова С.С., Бобоеров К.Р.
Республика Узбекистан, Самарканд
Самаркандский государственный медицинский институт

Актуальность. Проблема диагностики и лечения политравмы остается одной из актуальных и сложных в неотложной хирургии детского возраста.

Цель исследования: определить частоту, характер повреждений органов и лечебную тактику при политравме у детей.

Материал и методы. С 2000 года в клинике пролечено 186 детей с различными травмами, из них у 38 (20,4%) была тяжелая сочетанная травма. По механизму травмы: падение с высоты - 13 (34%), автотравма - 11 (29%), школьная травма - 9 (24%). В диагностике использованы: мониторинг гемограммы и гемодинамики, УЗИ, рентгенологические методы, нейросонография, КТ и лапароскопия.

Результаты. У 16 было сочетанное повреждение органов брюшной полости и забрюшинного пространства, у 12 - преобладание тяжелой ЧМТ в сочетании со скелетной травмой, у 10 - повреждение опорно-двигательной системы с ЧМТ и повреждением внутренних органов. При политравме важно быстро и полно диагностировать имеющиеся повреждения, выявляя при этом доминирующие повреждения, требующие неотложных вмешательств. Первоочередной задачей являлось проведение противошоковых мероприятий - рациональное обезболивание, коррекция ОЦК, иммобилизация переломов и неотложные вмешательства при повреждениях внутренних органов с кровотечением (ушивание разрыва селезенки - 2, спленэктомия - 1, ушивание разрыва печени - 2, ушивание разрыва почки - 1, нефрэктомия - 2), повреждении полых органов (ушивание разрыва 12-п кишки - 2, тощей кишки - 1, илеостомия - 2). При тяжелой ЧМТ с интракраниальной гематомой по срочным показаниям после стабилизации состояния выполнялась декомпрессивная трепанация черепа (2 пациентов). При сочетании тяжелой ЧМТ с переломами конечностей в первую очередь проводилось нейрохирургическое лечение при временной иммобилизации переломов, затем, по завершении острого периода нейротравмы выполняли различные виды аппаратно-хирургической коррекции. Летальных случаев было 2 (5,2%).

Заключение. Своевременная диагностика повреждений, адекватная интенсивная терапия и этапная хирургическая коррекция в условиях специализированной детской хирургической клиники позволяет значительно улучшить результаты лечения политравмы у детей.

22. Редкая форма патологии пищеварительного тракта у детей: удвоение тонкого кишечника

Шамсиев А.М., Шамсиев Ж.А., Махмудов З.М.
Республика Узбекистан, Самарканд
Самаркандский государственный медицинский институт

Актуальность. Удвоение пищеварительного тракта - сравнительно редко встречающееся врожденное заболевание с частотой 0,025-1%.

Цель исследования: представление вариантов течения удвоений кишечника, анализ клинической симптоматики и методов их лечения.

Материал и методы. С 2008 по 2017 гг. во 2-клинике СамМИ пролечено 3 больных в возрасте от 6 дней до 8 лет с удвоением тонкого кишечника.

Результаты. Характерно, что ранние патогномичные симптомы данного порока не проявлялись и больные подвергались оперативному вмешательству в связи с развившимися осложнениями. В первом клиническом наблюдении у ребенка, оперированного по месту жительства по поводу перфорации тонкой кишки и перитонита с выведением энтеростомы, на повторной операции в нашей клинике обнаружена тубулярная форма удвоения тонкой кишки на протяженность 100 см. Произведена резекция удвоенного сегмента с наложением анастомоза «конец в конец». Во втором наблюдении больной по месту жительства оперирован по поводу острого аппендицита, но истинная причина болевого синдрома также не была установлена. На повторной операции выявлена дивертикулярная форма удвоения терминального отдела подвздошной кишки. У 6-дневного новорожденного с явлениями кишечной непроходимости интраоперационно обнаружено кистозное удвоение тонкой кишки протяженностью 20 см и диаметром расширенной части 12 см, которая также резецирована с созданием межкишечного анастомоза. Все оперированные дети выздоровели.

Заключение. Таким образом, симптоматика кишечных дупликатур варьирует от длительного бессимптомного течения до ярко выраженной картины серьезных осложнений, требующих неотложного хирургического вмешательства у детей любого возраста. Для профильного специалиста важно знать особенности течения, диагностические алгоритмы и оперативную тактику при различных формах данной порока.

23. Особенности электрокардиограммы детей с воронкообразной деформацией грудной клетки

Шамсиев Ж.А., Атакулов Д.О., Бобоеров К.Р.
Республика Узбекистан, Самарканд
Самаркандский государственный медицинский институт

Актуальность. Воронкообразная деформация грудной клетки (ВДГК)- наиболее часто встречаемая деформация грудной клетки, приводящая к уменьшению ее объема, сдавлению и смещению органов средостения, вызывающие функциональные нарушения со стороны сердечно-сосудистой и дыхательной систем. Электрокардиография является одним из самых распространенных и незаменимых методов диагностики различных нарушений ритма и проводимости, гипертрофий желудочков и предсердий и других заболеваний сердца.

Цель. Изучение ЭКГ изменений у детей с воронкообразной деформацией грудной клетки.

Материалы и методы. Под нашим наблюдением находилось 67 детей в возрасте от 1 до 18 лет, получавших лечение в отделении торакальной хирургии 2 клиники СамМИ с 2000 по 2017 года. Пациентов мужского пола было 43(64%), женского –24 (36%). Всем детям проводилось ЭКГ исследование.

Результаты и обсуждение. Из 67 детей 55 (82%) предъявляли различные жалобы. Одышка отмечалась у 48 (71,6%), быстрая утомляемость – у 58 (86,6%), чувство сердцебиения – у 12 (17,9%), боли в области сердца – у 7 (10,4%) детей. Изменения на ЭКГ были обнаружены у 39 (58,2%) больных, в основном у детей со II и III степенью ВДГК. Среди нарушений ритма сердца у 11 (28,2%) больных отмечалась синусовая аритмия, синусовая тахикардия встречалась у 8 (20,5%) детей. Эктопические нарушения автоматизма в виде нижнепредсердного заместительного ритма выявлен у 2 (5,1%) детей. Нарушения проведения возбуждения проявлялись в виде внутрижелудочковых блокад: неполная блокада правой ножки пучка Гиса - у 3 (7,7%), полная блокада - у 2 (5,1%), затруднение проведения в разветвлениях передней ветви левой ножки пучка Гиса - у 2 (5,1%) больных. Перегрузка миокарда правого предсердия встречалась у 3 (7,7%). Самой частой находкой на ЭКГ было обнаружение повышения электрической активности правого желудочка, что отмечено у 13 (33,3%) больных, повышение активности левого желудочка встречалось у 4 (10,3%) больных. У 10 (25,6 %) детей были обнаружены метаболические изменения в миокарде желудочков сердца, которые выражались в нарушении фазы реполяризации и проявлялись сглаженностью зубца Т в отведениях III, aVF, V5,6. Вторичные изменения интервала QT отмечались у 6 (15,4%) пациентов, что также свидетельствовало о нарушении обменных процессов в миокарде желудочков сердца. Выявленные электрокардиографические нарушения учитывались при назначении дополнительной метаболической поддержки, улучшающей функцию сердечно - сосудистой системы детям до оперативного вмешательства ВДГК. После лечения отмечена положительная ЭКГ динамика в виде уменьшения или исчезновения синусовой аритмии, нормализация интервала QT, уменьшения эпизодов тахикардии.

Выводы. Таким образом, ЭКГ- контроль позволяет своевременно выявить нарушения в деятельности сердца у пациентов с ВДГК и своевременно провести медикаментозную коррекцию, что непосредственно сказывается на результатах операционного лечения данной группы больных.

24. Реабилитация детей с врожденными расщелинами верхней губы

Шамсиев Ж.А., Шамсиев Р.А., Атакулов Д.О.

Республика Узбекистан, Самарканд

Самаркандский государственный медицинский институт

Врождённые расщелины верхней губы и нёба (ВРГиН) - тяжелый порок развития челюстно-лицевой области, протекающий с грубыми анатомическими и функциональными нарушениями, которые, несмотря на своевременно оказанную квалифицированную медицинскую помощь, нередко являются причиной инвалидизации детей на долгие годы.

Цель: разработать принципы комплексной реабилитации детей с ВРГиН.

Материалы и методы: в период с 2004 по 2014 гг. во 2 - клинике СамМИ находились на лечении 41 пациент с ВРГиН. Из них с односторонней расщелиной – 35 (85,37%), с двухсторонней – 6 (14,63%) пациентов; девочек – 14 (34,15%), мальчиков - 27 (65,85%). Всем больным проводилась хейлоринопластика по методу Лимберга-Обуховой. У всех детей с ВРГиН оценивались результаты клинического наблюдения в динамике, осуществлялось фотодокументирование порока до операции, послеоперационных швов и послеоперационного рубца как через 6-8 месяцев, так и далее в анамнезе. Всем детям проводилось поэтапное хирургическое лечение. 1 этап

хирургического лечения - первичная хейлоринопластика по Лимберг – Обуховой проводилась в первые 2-6 мес жизни ребёнка и была направлена на устранение дефектов и деформаций верхней губы и носа. 2 этап оперативного лечения - пластика мягкого нёба при необходимости проводилась в 6-9 мес. 3 этап - щадящая пластика твёрдого нёба проводилась в возрасте 12-16 мес. с минимальной мобилизацией слизисто-надкостничных лоскутов, что существенно снизило риск формирования грубых аномалий прикуса. После выписки из стационара проводились все мероприятия по предотвращению грубого рубцевания, а именно: массаж, миогимнастика губы и носа, использование индивидуальных вкладышей в носовые ходы, применение геля «Контрактубекс». Эти мероприятия предупреждали развитие послеоперационных рубцовых деформаций. Послеоперационные и остаточные деформации, такие как рубцовая деформация верхней губы (у 1 ребёнка) и незначительная деформация крыла носа (у 2 детей) после хейлоринопластики были исправлены в раннем детском возрасте (5 - 6 лет). После 3 этапа коррекции детям назначалось ортодонтическое лечение с ношением плавающего obturатора. Подготовка к уранопластике длилась ровно столько, сколько требовалось для нормализации прикуса. Рекомендовались установочные занятия с логопедом. Осуществлялся постоянный контроль хирургом и другими необходимыми специалистами. 4 этап. Уранопластика по Лимбергу проводилась в возрасте от 18 месяцев до 3 лет в зависимости от формы расщелины и соматического состояния ребенка. 5 этап. Этап окончательной реабилитации включал в себя мероприятия по постановке звуков и речеобразованию. Занятия с логопедом мы начинали уже в стационаре с первых дней после уранопластики. Мы обратили внимание, что чем меньше возраст оперированного ребёнка, тем больше перспектив для самопроизвольного становления речи. Ортодонтическое лечение детей с ВРГиН начиналось с первых дней жизни и особенно активный контроль за состоянием прикуса проводился после уранопластики. Рекомендовались посещения ортодонта 1 раз в 2-3 месяца. Перед пластикой твердого неба изготавливалась послеоперационная пластинка для формирования небного свода, что имело большое значение и для правильного развития речи. После операции больной пользовался ею 2-3 месяца. Затем формирующую пластинку заменяли съёмным протезом, которым пользовались еще 2 месяца. Формированием правильной речи у детей с расщелинами губы и неба занимался логопед. Главной задачей которого являлась тренировка внешнего дыхания и отработка ротового выдоха. Это достигалось с помощью гимнастики и игр, во время которых ребенок приучался глубоко дышать (игра в паровоз, игра на дудке и т.д.). Занятия логопеда сочетались с работой врача по лечебной гимнастике.

Выводы. Для эффективной коррекции ВРГиН у детей требуется длительное комплексное лечение с участием многих специалистов. Во-первых, это раннее ортопедическое лечение с первых дней жизни ребенка, проведение массажа и миогимнастики с участием матери. Во-вторых, это тщательная предоперационная подготовка и обоснованная этапная тактика хирургических вмешательств с правильно проведенным послеоперационным периодом. В послеоперационном периоде после каждого этапа коррекции необходимо назначать ортодонтическое лечение, логопедическое обучение, лечебную физкультуру с массажем, санационные мероприятия у педиатра, оториноларинголога, стоматолога.

25. Клинико-экспериментальное и морфологическое обоснование роли кислотообразующей функции желудка у больных эхинококкозом

Шамсиев А.М., Шамсиев Ж.А., Имамов Д.О., Рузиев Ж.А., Шамсиев Б.М.
Республика Узбекистан, Самарканд
Самаркандский государственный медицинский институт

Представлены результаты клинико-экспериментального и морфологического обоснования кислотообразующей функции желудка как главного барьера инвазии

эхинококка. Исследования показали, что эхинококкоз у детей с достаточно высокой вероятностью (81,7%) ассоциируется с гипоацидным состоянием желудочного сока. В то же время пониженная кислотность содержимого желудка у членов семей больных среди представителей общей популяции здоровых детей встречалась соответственно в 6 и 12 раз реже ($p < 0,001$). Средний показатель кислотности у больных детей составляет $2,63 \pm 0,03$ ед., тогда как у здоровых детей этот показатель равняется $1,84 \pm 0,02$ ед. ($p < 0,001$). Примечателен тот факт, что желудок у больных эхинококкозом детей практически не реагирует на стимуляцию гистамином – рН желудочного сока в среднем снижается только на десятые доли ед. ($2,36 \pm 0,03$). Прослежена динамика кислотности желудочного сока в отдаленные сроки после эхинококкэктомии (от 1-го года до 14 лет) у 139 (35,7%) из 389 детей, при этом большую часть наших пациентов (87; 62,6%) мы обследовали спустя 5 лет. Гипоацидное состояние желудочного сока в отдаленном периоде после операции выявлено примерно у такого же числа обследованных – у 74,1%. В связи с выявленной, как нам кажется достаточно низкой, частотой поражения (4,5%) эхинококкозом членов семьи оперированных больных возникает вопрос: почему при проживании в одних и тех же условиях, при употреблении примерно одних и тех же продуктов, при примерно одинаковом характере общения с домашними животными лишь немногие из них заражаются этим паразитом? Становится очевидным существование в человеческом организме эффективных механизмов противодействия инвазии яиц эхинококка. В свете выявленного нами разительного контраста между частотой встречаемости гипоацидного состояния и средними показателями кислотности желудочного сока у больных эхинококкозом детей и членов их семей (соответственно 81,8 и 6,8%; $2,63 \pm 0,03$ и $1,84 \pm 0,02$, $p < 0,001$) мы можем с уверенностью утверждать, что таким защитным механизмом является надлежащий уровень кислотности желудка. Еще одним косвенным подтверждением гипоацидного состояния как фактора риска заражения эхинококком является другой интересный факт: так, из 9 (6,8%) лиц из числа членов семьи со сниженной кислотностью у 5 (55,6%) обнаружен эхинококкоз. Если внести некоторые коррективы в этот показатель с учетом уже прооперированных в нашей клинике больных детей – членов семей, где были выявлены случаи гипоацидного состояния, то частота подверженности эхинококкозу у лиц с гипоацидным состоянием составляет 76,5% (выявлен у 13 из 17 лиц с гипоацидным состоянием желудочного сока). В то же время при нормоцидном показателе желудочной секреции риск заражения паразитом составляет всего 0,8% – из 119 членов семьи с нормальной секрецией выявлен лишь один больной. И, наконец, следует отметить еще одно обстоятельство: ни у одного из 389 больных эхинококкозом заболевание не возникло на фоне гиперацидного состояния желудочного сока! Далее изучали влияние уровня кислотности желудка на жизнеспособность возбудителя эхинококкоза. При добавлении яиц эхинококка в желудочный сок с рН от 1 до 1,5 ед. (гиперацидное состояние) под микроскопом отчетливо видно практически моментальное (в течение $54 \pm 31,7$ с с диапазоном от 10 до 180 с) и 100% прекращение двигательной активности онкосфер с последующей необратимой деструкцией всех визуализируемых зародышей в течение 3-6 мин ($4,4 \pm 0,51$ мин). Показатели выживаемости онкосфер ненамного улучшаются в нормоцидной среде желудочного сока (рН 1,6-2,0): через $96 \pm 24,0$ с (с диапазоном 60-180 с) у всех выявленных зародышей прекращается двигательная активность, а через $18,6 \pm 2,01$ мин (от 15 до 26 мин) наблюдается поголовная деструкция наблюдаемых яиц. Ситуация коренным образом меняется в гипоацидном желудочном соке – 90% онкосфер сохраняют сносную двигательную активность в течение двух часов наблюдения и только 10% зародышей в среднем через $60 \pm 7,07$ мин прекращают двигаться, а через $124 \pm 11,22$ мин подвергаются деструкции. Аналогичную толерантность к воздействию желудочного сока проявляют онкосферы и в субацидной среде. Онкосферы эхинококка сохраняли двигательную активность, было видно небольшое набухание оболочек яиц, но в общем их строение практически не изменялось. Даже через 60-120 мин от начала эксперимента онкосферы в яйцах эхинококка продолжали двигательную активность, хотя последняя была значительно замедлена, отмечалось частичное растворение оболочки яйца. При

добавлении яиц эхинококка в дуоденальный сок (рН 7,5-8,0) двигательная активность зародышей в яйцах резко возрастала, они расправляли свои эмбриональные крючки вперед и начинали активно выполнять ритмичные поступательные движения, пытаясь вколоть и разорвать своими крючками оболочку яйца. При наблюдении в течение 120 мин 80-90% яиц эхинококка сохраняли свою активность, и только примерно 10% из них удавалось освободиться от оболочки. В предыдущих сериях экспериментов с желудочным соком мы доказали, что гиперацидное и нормоцидное состояние губительно влияет не только на оболочку онкосфер, но и полностью истребляет все имеющиеся зародыши. В пробирки с желудочным соком с рН 2,1-3,5 (гипоацидное состояние) мы вносили яйца эхинококка, выдерживали экспозицию в течение 2 часов, а затем добавляли в них дуоденальный сок, создавая щелочную среду (рН 7,5-8,0), как бы моделируя процесс поэтапного перехода зародышей паразита из желудка в кишечник. При попадании яиц эхинококка из желудочного сока с гипоацидным состоянием в щелочную среду движение зародышей в яйцах резко увеличивалось, наблюдалось растворение оболочек. Зародыши эхинококка своими крючьями освобождались из яйца и были готовы внедриться в кишечник. В рамках научных задач диссертации нами разработан новый подход к получению экспериментальной модели эхинококкоза. Главным результатом этого этапа экспериментальных исследований является 100% заражение экспериментальных животных зародышами эхинококка на фоне искусственно созданного гипоацидного состояния желудка даже при введении 50-1000 яиц овцам и 5-40 яиц паразита ягнятам. Примечательно, что введение 50-1000 яиц, как правило, вызывает множественное и сочетанное поражение печени и легких – макроскопически нам удавалось обнаружить в среднем $9,3 \pm 0,4$ эхинококковых кист в организме животного с более частым и тяжелым поражением печени ($5,1 \pm 0,3$ кисты против $4,2 \pm 0,4$ в легком). Кроме того, на отдаленных от макроскопически выявленных паразитарных кист участках также удавалось обнаружить хотя бы один микроскопический очаг поражения (в среднем $1,53 \pm 0,47$ кисты), при том, что изучались произвольно отобранные единичные (1-2) небольшие кусочки ткани легкого и печени. Диаметр эхинококковых кист варьировал от 0,1 см до 3,0 см. Было абсолютно неожиданным развитие эхинококкоза у животных при скармливании их менее 50 яиц паразита. При введении 5-40 яиц эхинококка ягнятам также всегда удавалось воспроизвести экспериментальную модель эхинококкоза, однако здесь мы чаще обнаруживали солитарные кисты печени и легкого – в среднем $2,3 \pm 0,3$ сформированных достаточно крупных кисты на поголовье. Избирательная микроскопическая ревизия отдельных участков органов выявляла в среднем $1,15 \pm 0,49$ кисты.

26. Экспериментально-морфологическое обоснование применения нового метода обеззараживания эхинококковой кисты

Шамсиев А.М., Шамсиев Ж.А., Шамсиев Б.М.
Республика Узбекистан, Самарканд
Самаркандский государственный медицинский институт

Представлены доказательства эффективности нового метода обеззараживания эхинококковой кисты. Для экспериментального исследования влияния различных гермицидов на зародышевые элементы эхинококка (протосколексы и ацефалоцисты) использовали 2, 5 и 10% растворы формалина, бетадин, 30% хлористый натрий, 0,5 и 1% спиртовой раствор фенбендазола, глицерин комнатной температуры, глицерин, подогретый до температуры 70°C. Протосколексы и ацефалоцисты были получены из эхинококковой жидкости и соскоба с герминативной оболочки эхинококковых кист у оперированных по поводу эхинококкоза печени или легких больных. На предметное стекло с лункой помещали одну каплю содержимого эхинококковой кисты, затем добавляли испытуемый гермицид. Проводили фото- видеомикроскопирование под увеличением 10x10, 10x40, 10x100 на микроскопе LEICA-ECA-3 (Германия).

Наблюдение и результаты фиксировались в минутах, при этом каждый вариант опыта повторяли по 5-6 раз. Для морфологического исследования влияния антипаразитарной обработки (гермицидов) на эхинококковую кисты, фиброзную капсулу и перикистозные ткани печени и легкого у детей, во время операции из фиброзной капсулы и перикистозных областей брались кусочки тканей до и после применения гермицидов. Так, при экспозиции 80-100% раствором глицерина комнатной температуры уже с первых минут протосколексы утрачивали характерную округлую или овальную форму, просветлялась паренхима, возникала сглаженность структуры, а по истечении $3\pm 0,7$ мин наблюдались явные признаки гибели протосколексов. Несколько позже – в среднем через $6,5\pm 1,0$ мин – под действием раствора глицерина погибали все ацефалоцисты. Выявлено, что горячий раствор глицерина вызывает гибель 100% протосколексов в течение $1\pm 0,2$ мин, а полное истребление ацефалоцист наступает в среднем через $3\pm 0,5$ мин экспозиции. Перенос подобного методологического подхода, центральной идеей которого является усиление действия химического агента путем одновременного воздействия физических факторов, не имели особого успеха при сочетанном использовании горячего глицерина и УЗНЧ – среднее время достижения полной гибели протосколексов и ацефалоцист ($1\pm 0,1$ и $3,5\pm 0,5$ мин) было идентичным экспозиции изолированного воздействия горячего глицерина. С целью повышения достоверности, упрощения оценки жизнеспособности протосколексов, существенного сокращения продолжительности тестирования нами разработан и в ходе настоящего исследования использован простой и достоверный «Способ определения эффективности антипаразитарной обработки эхинококковых кист», позволяющий в процессе операции и за короткое время определить жизнеспособность протосколексов. С учетом высоких антипаразитарных свойств горячего глицерина, оперативности и надежности предложенного метода экспресс-диагностики эффективности сколексоцидной обработки остаточной полости нами разработаны новые способы обеззараживания неосложненной и осложненной эхинококковой кисты, отличительной особенностью которых является поэтапная раздельная обработка полости хитиновой и фиброзной оболочек горячим глицерином, а при осложненных формах – воздействие горячего глицерина в сочетании с УЗНЧ. Эффективность и безопасность предложенных методов обеззараживания остаточных полостей эхинококковых кист изучены в ходе морфологических исследований с помощью светооптической и сканирующей электронной микроскопии. Все изученные виды обработки полости ларвоцисты – глицерином комнатной температуры и горячим глицерином, горячим глицерином в сочетании с УЗНЧ не вызывают деструктивных изменений прилежащих к фиброзной капсуле тканей печени и легких, что определенно указывает на безопасность их клинического применения.

27. Особенности диагностики и лечения остеомиелита у детей

Шамсиев А.М., Шамсиев Ж.А., Махмудов З.М., Имамов Д.О.

Республика Узбекистан, Самарканд

Самаркандский государственный медицинский институт

Актуальность. Гематогенный остеомиелит у детей – одна из тяжелейших форм гнойно-воспалительных заболеваний костно-суставной системы.

Цель исследования: анализ результатов лечения острого гематогенного остеомиелита у детей.

Материал и методы. 2-клиника СамМИ является крупным специализированным центром, занимающимся проблемой гематогенного остеомиелита, где концентрируется наиболее тяжелый контингент больных из юго-западного региона республики. За 20-летний период (1997-2017гг.) в клинике пролечено 2026 больных с острым гематогенным остеомиелитом (ОГО) от неонатального периода до 18 лет. Наибольшее число наблюдений было до 2003 г., когда ежегодно поступало в среднем 120 больных, в

последние годы количество больных снижается (до 35-45). В старшей возрастной группе преобладало поражение большеберцовой (42%) и бедренной костей (36%), у новорожденных и грудных детей – чаще поражались дистальный и проксимальный метаэпифизы бедренной кости. У 32 % больных отмечался множественный ОГО. В первые 3-суток от момента заболевания поступило лишь 11% больных, остальные - на 6-10 сутки.

Результаты. Основной формой клинического течения в первое десятилетие была септикопиемическая форма (56%) что, естественно, отразилось на результатах лечения. У новорожденных и грудных детей участились случаи метадиафизарного и тотального поражения кости. В 32% случаях выявлена поздняя обращаемость, а в 68% случаях при своевременном обращении с явной симптоматикой были допущены диагностические и лечебно-тактические ошибки на местах. В комплексной диагностике широко используем ультрасонографию, МСКТ и МРТ. В клинике внедрена комплексная методика хирургического лечения ОГО с применением устройства для остеопункций и внутрикостных инфузий (В. Бушмелев, Н. Стрелков). Наиболее сложной в плане диагностики и лечения является ОГО костей, образующих тазобедренный сустав. Нами разработан комплексный способ профилактики ортопедических осложнений с использованием методики дренирующих остеоперфораций крыши вертлужной впадины и применением аппарата Илизарова. У новорожденных и грудных детей основным способом лечения были артротомия и вскрытие остеомиелитических флегмон. В последние годы, благодаря своевременному поступлению больных и внедрению в диагностику ультрасонографии, основным методом лечения является пункционный, по показаниям проводим миниартротомии.

Заключение. Таким образом, использование разработанных способов лечения ОГО в последние годы способствовало значительному улучшению своевременной диагностики, уменьшению септикопиемических форм заболевания с 56% до 20% и летальных исходов при них с 10,8% до 1%, снижению уровня хронизации остеомиелита с 48% до 21%, ортопедических последствий с 36% до 3,5% и улучшило качество жизни у детей после перенесенного остеомиелита.

28. Нейровизуализационные исследования у детей с внутренними пороками развития

Шамсиев Ж.А., Игамова С.С.

Республика Узбекистан, Самарканд

Самаркандский государственный медицинский институт

Актуальность. Младенческая смертность аномалий развития в мире занимают третье место. Тяжесть состояния таких детей при рождении часто обусловлена легочно-сердечной недостаточностью нестабильной гемодинамикой, что повышает риск перинатального поражения ЦНС. Новейшие успехи детской неврологии, детской хирургии и неонатологии в последние годы определили возможность оказания неотложной помощи новорожденным детям с тяжелыми пороками развития. Нейросонография используется традиционно в качестве основного метода ранней диагностики структурных поражений головного мозга у новорожденных детей. Метод распространено применяется в связи общедоступностью, безопасностью и малой инвазивностью, а также бесценен в диагностике поражений головного мозга у детей, находящихся в стационарных отделениях, транспортировка которых невозможна для МРТ- исследования в связи с тяжестью состояния. Информация более высокой степени и характер анатомических структур головного мозга может произведен методом МРТ, этот метод характеризуется отсутствием лучевой нагрузки на организм, возможностью исследования в различных плоскостях, не перемещая пациента, и высоким тканевым контрастом. Кроме того, МРТ является стандартизованным воспроизводимым методом,

что делает его более объективным по сравнению с другими видами нейровизуализации, включая нейросонографию.

Цель исследования: установить частоту и характер поражений головного мозга методами нейровизуализации, определяющими транзиторные и необратимые поражения функции ЦНС у новорожденных детей с пороками развития внутренних органов в периоперационном периоде. Наиболее часто поступали в отделение дети с пороками развития почек и мочеполовой системы 269 (43%), на втором месте по частоте - пороки развития ЖКТ— 91 (22%), на третьем месте — пороки развития позвоночника, также врожд. заболевания лица и шеи (по 7 %). Остальные врожденные пороки встречались реже. Около 80% (328) детей требовалась хирургическая коррекция врожденных пороков развития, из них 36% (147) были оперированы в первые 4—8 ч от момента рождения, 22% (90) — к концу 1-х суток жизни. Остальные дети были оперированы в период с 2-х до 18-х суток жизни и позже. В связи с поставленной целью выявления факторов риска перинатального поражения ЦНС в дооперационном, интраоперационном и послеоперационном периодах всем детям оценивался неврологический статус, проводилось скрининговое нейросонографическое исследование (трехкратно). МРТ-исследование было проведено у 25 (6,2%) из 411 новорожденных с врожденными пороками внутренних органов. В том числе 2 ребенка страдали врожденной диафрагмальной грыжей, по 9 ребенка — гастрошизисом, гидронефрозом, 6 детей со стенозом двенадцатиперстной кишки, множественными врожденными пороками развития, по 8 новорожденных — аденоматозом легкого, бронхогенной кистой, омфалоцеле.

Результаты. По результатам комплексного неврологического и клинко-инструментального обследования детей с врожденными пороками внутренних органов более 42% (172) имели признаки поражения ЦНС. Основными проявлениями перинатального поражения ЦНС были: синдром угнетения — у 135 (33%), изменение мышечного тонуса и двигательные нарушения — у 238 (58%), судорожный синдром — у 24 (6%), что и соответствовало результатам, полученным при использовании методов нейровизуализации. Исследование показывает, что в раннем и позднем постоперационном периодах, а также перед выпиской синдром двигательных нарушений регистрировался у 32 (8—9%) детей. Синдром мышечной дистонии устанавливался чаще всего перед выпиской и наблюдался у 38 детей. Гипертензионно-гидроцефальный синдром был выявлен в постоперационном периоде у 3 детей с врожденной диафрагмальной и спинномозговой грыжей и потребовал дальнейшего целенаправленного лечения. Судорожный синдром до операции наблюдался у 4 (1%) ребенка, после операции — у 6 (1,5%). Наиболее тяжелые неврологические проявления гипоксически-ишемической энцефалопатии имели дети с врожденной диафрагмальной грыжей. Энцефалопатия у этих детей сочеталась с высокой легочной гипертензией, повышенным давлением в системе верхней полой вены, что влияло на церебральную гемодинамику и ее ауторегуляцию. У 50% детей с признаками поражения ЦНС, по данным нейросонографии, были выявлены различные структурные изменения головного мозга. Из них наиболее часто встречалось расширение наружных и внутренних ликворных пространств, внутрижелудочные кровоизлияния различной степени тяжести и другие нарушения. По данным МРТ, внутрижелудочковые кровоизлияния обнаружены у 13 (3,3%) из 411 пациентов с пороками развития внутренних органов, подбололочные (субдуральные и субарахноидальные) кровоизлияния — у 5 (1,2%), церебральные кисты — у 1 (0,4%), паренхиматозные кровоизлияния — у 2 (0,8%). Расширение наружных и внутренних ликворных пространств в сочетании с внутрижелудочковыми кровоизлияниями различной степени тяжести, расширением субдурального пространства наблюдалось чаще в группе детей с врожденной диафрагмальной грыжей и спинномозговой грыжей— у 15 (20%).

Выводы: в результате комплексного неврологического и клинко-инструментального обследования детей с врожденными пороками внутренних органов более чем у 40% установлены клинические признаки поражения ЦНС, которые в

большинстве случаев — у 55 (54%) детей имели транзиторный характер, а у 22 (22%) — и органическую природу и сочетались со структурными изменениями головного мозга. Наиболее серьезные неврологические нарушения отмечались у детей с врожденной диафрагмальной и спинномозговой грыжей, гастрошизисом, омфалоцеле, множественными врожденными пороками, тяжелыми пороками развития легких в связи с развивающимися гемодинамическими расстройствами, влияющими на мозговой кровоток. Для полноценной оценки факторов риска дети с врожденными пороками нуждаются в амбулаторном наблюдении с оценкой психомоторного развития. Нейросонография и МРТ являются взаимодополняющими методами диагностики врожденных и перинатальных поражений.

29. Показатели морфометрии ретикулоцитов у новорождённых с церебральной ишемией

Шамсиев Ж.А., Игамова С.С., Дадажанов У.Д.

Республика Узбекистан, Самарканд

Самаркандский государственный медицинский институт

Гипоксические поражения головного мозга плода и новорождённого относятся к патологическим состояниям, определяющим адаптационных процессов в постнатальном периоде. При этом создаются предпосылки для: высокой заболеваемости как у новорождённого, так и детей раннего возраста. Детская инвалидность 60-65% обусловлена поражением головного мозга в перинатальном периоде, а возрастной структуре младенческой смертности случаи гибели новорождённых детей составляет более 60%, из них шестая часть летальных исходов обусловлена внутриутробной гипоксией и асфиксией. Известно, что гипоксические поражения головного мозга у новорождённых являются следствием многих причин (заболевания матери, фетоплацентарная недостаточность, гестозы, низкий образовательный уровень родителей, отягощенный интранатальный анамнез (слабость родовой деятельности, экстренное Кесарево сечение, родовые излитие околоплодных вод, меконеальные околоплодные воды); в ряде научных исследований показано, что в условиях недостатка кислорода у новорождённых развивается оксидативный стресс, нарушаются метаболизм и функции клеток эффективным механизмом регуляции этих продуктов в норме и при патологии является реакция клеток крови. В частности, важную роль в адаптации организма к изменившимся условиям внешней среды принадлежит эритроцитам. Впервые показано, что комбинация пренатальных факторов риска (ЗВУР, анемия) не всегда является отягощающим обстоятельством при перинатальном поражении головного мозга, то есть фоновые состояния, развившиеся в антенатальный период, способствуют адаптации структур головного мозга к стрессовым ситуациям (в т. ч. к пренатальной гипоксии и асфиксии в родах) с менее выраженным ответом нервных клеток на кислородный дефицит. Платоцитоз в системе красной крови отражает позитивный адаптивный признак, который увеличивает функционирующую поверхность эритроцитов, способствует к снижению вязкости крови и к повышению её текучести, к уменьшению величины СОЭ, а также является позитивным сдвигом в реологических свойствах циркулирующей крови. Большим достижением в биологии и физиологии последнего десятилетия явилось расшифровка молекулярного механизма поддержания гомеостаза кислорода. Основа этого механизма являются факторы, индуцированные гипоксией. Являясь, ключевыми медиаторами клеточного гомеостаза кислорода, HIF-1 и HIF-2 контролируют передачу кислорода тканям и адаптацию к кислородному истощению путём регуляции экспрессии генных продуктов, включающихся в клеточной энергетической метаболизм, вазомоторную регуляцию транспорта глюкозы, эритропоэз, ангиогенез, апоптоз, клеточную пролиферацию и другие процессы как на межклеточное взаимодействие (клетка – клетка), так и взаимодействие клетка - субстрат. Учитывая все вышеизложенные в данной работе,

целью ставилось определение морфометрических изменений в ретикулоцитах в периферической крови в исходном состоянии у новорождённых с центральной ишемией, для дальнейшего исследования у этих больных Н1F1 и Н1F2. Материалом исследования в данной работе явились ретикулоциты периферической крови новорожденных с церебральной ишемией, и условно здоровых новорождённых. Количество ретикулоцитов определялась по методу Гейлмейера. Регистрация морфометрических параметров ретикулоцитов с помощью окуляра-микрометра, цена деления которого предварительно определена, измерили 200 ретикулоцитов в разных мазках крови, окрашенных по методу Гейлмейера. Определили среднее количество делений окуляра микрометра занимаемый одним ретикулоцитом. Результаты измерений регистрировались определенным образом на специальном бланке. Затем рассчитывали средний диаметр ретикулоцита путём умножения найденной величины на уже известную цену деления окуляра-микрометра, которая равнялась-1,8 мкм. В норме средний диаметр ретикулоцитов колебался в пределах 7,2-7,5 мкм. Параллельно вычислили «ретикулоцитарный индекс» (IR) который равнялся: (Ретикулоциты (%)) x гематокрий (ед)/(45*1.85) где 45-условно взятый за норму показатель гематокрита, 1,85-количество суток, необходимых для поступления новых ретикулоцитов в кровь. Индекс (IR)<2- отражает гипопролиферативный процесс, если индекс (IR)<2, то-гиперпролиферативный процесс эритропоэза. Средняя толщина ретикулоцитов определили по формуле: $T=V/(\Pi^2)$ где T –средняя толщина, v-средний объем, Π^2 -средняя площадь, Г-средний радиус ретикулоцитов. Показатель планоцитоза определили по формуле CDP/T , где CD-средний диаметр ретикулоцитов, 7-средняя толщина ретикулоцитов. Установление статистической достоверности различий количественных показателей проводилась параметрически по t-критерию Стьюдента по программе M.Exell «Статистика». Результаты исследования и их обсуждение. В процессе работы изучались размеры ретикулоцитов. При этом определялся диаметр ретикулоцитов с последующим составлением сводной ретикулоцитограммы. Все ретикулоциты по аналогии с эритроцитами, были разбиты в зависимости от размеров на три группы. Первая группа объединяла ретикулоциты с диаметрами от 6,5мкм до 7,5 мкм (средние). Вторая группа включала ретикулоциты с диаметрами от 7,55.5 мкм до 6.3 мелкие. Третью группу составляли ретикулоциты с диаметрами от 7.5 мкм до 8,5(крупные). Сводная ретикулоцитограмма, выведенная из данных исследований новорождённых с церебральной ишемией характеризовалась наличием 90,6%, «средних»,6,5% «мелких» и 2,9% «крупных» ретикулоцитов. Сводный средний диаметр ретикулоцитов составлял 6,9 мкм. Степень анизоцитоза составлял 3,0 мкм. Чтобы графически выразить изменения размеров ретикулоцитов в исходном состоянии и последующем сравнить после определения Н1F, был составлен по аналогии эритроцитометрическим кривым Прайс-Джонса указанная кривая по характеру является сводной и составлялись исходя из диаметра 2000 ретикулоцитов. Ретикулоцитометрическая кривая в исходном состоянии характеризовалась крутым подъёмом «пика» и относительно более постепенным её спадом. Склоны кривой в отличии эритроцитометрической кривой Прайс-Джонса выделились наличием многоступенчатости и множеством «зубцов», которые образовали небольшие дополнительные «пики». Вершина кривой соответствовала по вертикали 240, по горизонтали 7 мкм. Основание ретикулоцитометрической кривой занимало промежутки от 6.4 мкм до 9,5 мкм. Судя по вершине этой кривой средний диаметр ретикулоцитов в норме равнялась 7,0 мкм, а степень анизоцитоза учитывая основании кривой, составляло примерно 3.5 мкм. Наличие множество «зубцов» по склонам кривой, отражало количество ретикулоцитов, составляющих отдельные по своим размерам группы.

Заключение. Изучение морфометрических показателей ретикулоцитов предпринималось для установления закономерностей процесса дифференциации, в конечном этапе эритропоэза в интактном состоянии у новорождённых детей с церебральной ишемией. В исходном состоянии совокупность морфометрических показателей в целом отражала положительное состояние ретикулоцитов

периферической крови, несмотря на гипорегенеративный уровень эритропоэза. Паноцитоз в системе эритрона отражает позитивный адаптивный признак, который увеличивает функционирующую поверхность эритроцитов, способствует к снижению вязкости крови и к повышению её текучести, к уменьшению величины СОЭ, а также является позитивным сдвигом в реологических свойствах циркулирующей крови.

30. Миелопероксидазная активность нейтрофильных клеток крови новорождённых с церебральной ишемией

Шамсиев Ж.А., Игамова С.С., Дадажанов У.Д.
Республика Узбекистан, Самарканд
Самаркандский государственный медицинский институт

Миелопероксидаза (МП) катализирует окисление органических соединений, перенося от них два электрона на перекись водорода. Адпег в 1941 г впервые выделил этот фермент из нейтрофильных лейкоцитов и обнаружил его способность, в присутствии перекиси водорода, обезвреживать токсины столбняка и дифтерии. Он назвал этот фермент миелопероксидазой или вердопероксидазой. Lillie, BURTUER (1953) показали, что этот фермент идентичен с М-Нади-оксидозой. (ФПДЖ Хейхоу, Д. Кваглина, 1983) По современным представлениям, нейтрофилы обладают миелопероксидазной системой, которая включает в себя МП, H_2O_2 и окисляемые кофакторы-ионы хлора, йода, брома (Роговин В.Видр, 1977). Активированные нейтрофилы продуцируют H_2O_2 во время респираторного взрыва в каскаде активных форм (восстановлённых метаболитов) кислорода, в числе которых супероксидный и гидроксильный радикалы, а также синглетный кислород (Хаитов Р.М.И др, 1995). Гидроксильный радикал–продукт восстановления H_2O_2 представляет собой чрезвычайно мощный окислитель. МП окисляет кофакторы, переводя их в активную форму, при этом генерируются эффективные микробицидные средства. Нейтрофилы в присутствии МП способны продуцировать гипохлорную кислоту (Ochoan. et al., 1997) которая вместе с H_2O_2 выполняет антимикробную функцию, а также играет роль медиатора воспаления и увеличивает проницаемость сосудистого эндотелия (Ochoan. et al., 1997). Механизм микробицидного действия МП также связан с декарбоксилированием и дезаминированием аминокислот бактерий (Роговин В.Видр, 1977) быстрым и обширным подавлением синтеза бактерий (Rosen H. et al., 1997). Цитохимическая активность миелопероксидазы изучалась при многих патологических состояниях. Интересно, что ее снижение в клетках соответствует повышению её активности в сыворотке, что является своеобразным мериллом разрушения гранулоцитов. Замечено, что чем менее выражено снижение активности миелопероксидазы в лейкоцитах, тем легче протекает послеоперационный период у хирургических больных (Нарциссов, 1970). Изучение распределения пероксидазы в организме крысы показало высокую активность этих ферментов и низкую активность цитохромоксидазы в кишечнике, матке, селезенке, легких и желудке-органах с интенсивным клеточным обновлением и противоположное отношение в почках, скелетных мышцах, сердце, мозгу и печени, что требует глубокого биологического изучения и осмысливания (Р.П. Нарциссов, 1970). Установлено, что снижение концентрации любого из компонентов пероксидазы ведёт к снижению бактерицидной активности нейтрофилов. Так известна врождённая патология дефицита пероксидазы-детский хронический гранулематоз, при котором имеется наследственный дефицит продукции эндогенной перекиси водорода, что приводит к резкому снижению резистентности организма, активации сапрофитов и часто к летальному исходу (Karpovsky M.Z, 1973). Предполагают, что к развитию лекарственной красной волчанки приводит неспособность №-ацетил трансферазы к превращению прокаинамида и гидразина в организме. Таким образом, у «медленно ацетилирующих» людей чаще вырабатывается АНА и развивается клиническая картина лекарственной красной волчанки. Выявлено, что активированные нейтрофилы способны

превращать, препараты, вызывающие волчаночный синдром, в вещества цитотоксические для лимфоцитов и других клеток. В процессе участвует фермент миелопероксидаза (Jiang B.L.etal. 1994) Славинский И.А., Каде А.Х. 2017, обследуя пациентов с воспалительными заболеваниями пародонта в сочетании с железодефицитными анемиями выявили глубокую депрессию активности миелопероксидазы и НАДФН-оксидазы-железосодержащих компонентов внутриклеточных антибактериальных систем нейтрофильных лейкоцитов из-за дефицита железа в организме. Учитывая все вышеизложенное и что миелопероксидазная система (фермент МПО-эндогенная перекись водорода, галлоидные факторы) относится к кислородозависимым бактерицидным факторам нейтрофилов, нами проведено исследование миелопероксидазы у 32 новорождённых детей с церебральной ишемией в периферической крови по методу Грехем- Кноль. Средний цитохимический коэффициент рассчитывали по методу Astaldi et Vanga. За норму приняты данные полученные при исследовании здоровых новорождённых детей, у которых составил $1,09 \pm 0,0043$. Данные исследования больных обработаны методом вариационной статистики. Как показали наши исследования у больных новорождённых с церебральной ишемией, СЦК миелопероксидазы составляет $2,727 \pm 0,097$.

Вывод: у новорождённых детей с церебральной ишемией повышение в клетках активности миелопероксидазы соответствует снижению её активности в сыворотке крови, что возможно является компенсаторным механизмом при гипоксии головного мозга.

31. Диагностика и лечение инородных тел дыхательных путей у детей

Шамсиев Ж.А., Рузиев Ж.А.

Республика Узбекистан, Самарканд

Самаркандский государственный медицинский институт

В отделении торакальной хирургии 2 клиники СамМИ за период с 2001 по 2005 г. были госпитализированы 254 ребенка с диагнозом инородное тело дыхательных путей в возрасте от 6 месяцев до 14 лет. Давность аспирации инородных тел в дыхательных путях колебалась от нескольких часов до 5 лет. Все 254 больных прошли клинко-лабораторное обследование, при этом у 4 (1,6%) из них были инородные тела. У 14 (5,5%) при наличии клинко-рентгенологических данных инородного тела бронхоскопически не выявлено. Эндоскопическими находками в этих случаях были: обструкция бронха гнойной пробкой – у 3, стеноз гортани – у 6, выраженный трахеоэндобронхит – у 5. У остальных 236 больных диагноз инородное тело был подтвержден эндоскопически. По характеру инородных тел: органические были у 191 (80,9%), неорганические – у 45 (19,1%). В 139 (58,9%) случаях инородное тело локализовалось в правом главном бронхе, в 80 (33,9%) - в левом бронхе, у 10 (4,2%) - в трахее, у 7 (3%) - в гортани. У 26 (11%) больных проводились повторные бронхоскопии. У пациентов были инородные тела, длительно находившиеся в дыхательных путях, прикрытые грануляциями и рубцовой тканью. Инородное тело было удалено лишь при повторных бронхоскопиях, после специальной дополнительной подготовки с учетом ошибок предыдущего исследования. В зависимости от характера, локализации и размера инородного тела нами отмечены некоторые различия в клинике заболевания. Так, для инородного тела неорганического происхождения (колпачок от ручки, металлический шарик, фрагменты бижутерии и т.д.) характерно острое начало на фоне полного здоровья с явлениями дыхательной недостаточности. Органические инородные тела были небольших размеров и не давали выраженную клинику дыхательной недостаточности. В этих случаях 60 (25,4%) детей первоначально лечились у педиатров. Для органических инородных тел более крупных размеров характерно быстрое развитие вентильного механизма и ателектаза. При целостности оболочки органического инородного тела (семя арбуза, тыквы, подсолнечника) не происходит его набухание, быстрое разложение, поэтому вторичные воспалительные изменения в эндобронхе были менее выражены.

Таким образом, полученные данные свидетельствуют о том, что инородные тела дыхательных путей у детей занимают значительное место в неотложной медицинской помощи.

32. Сочетанный эхинококкоз у детей

Шамсиев Ж.А., Рузиев Ж.А., Шамсиев Б.М., Имамов Д.О.
Республика Узбекистан, Самарканд
Самаркандский государственный медицинский институт

В основу настоящей работы положен анализ результатов диагностики и лечения 548 больных с эхинококкозом различной локализации, находившихся на стационарном лечении за период с 1998 по 2008 год включительно. Большинство больных было школьного возраста – 427 (77,9%). Чаще эхинококкозом болели мальчики – 299 (54,6%). Количество сельских жителей превалировало в 3 раза. В 259 (49,6%) случаях отмечалось изолированное поражение печени, в 192 (35,6%) случаях – легкого. Сочетанный эхинококкоз выявлен у 97 (17,7%) больных: поражение печени и легкого отмечено – у 77 (14,8%) детей; печени и почки – у 2; печени и поджелудочной железы – у 2; печени и селезенки – у 4, печени и головного мозга – у 3; печени, селезенки и головного мозга – у 1; печени, легкого и селезенки – у 2; печени, околушной железы и бедренной области – у 1; печени, легкого, почки и шеи – у 1; печени, легкого и шеи – у 1, легкого и почки – у 1; легкого и селезенки – у 2. Неосложненные кисты отмечены у 376 (68,6%) больных. Из осложнений наиболее часто встречались прорыв в бронх и/или плевральную полость – у 106 детей, из них прорыв нагноившейся кисты – у 11. Нагноение эхинококковой кисты отмечено у 65 пациентов. У 7 детей диагностирован прорыв эхинококковой кисты в брюшную полость, из них прорыв, нагноившийся кисты – у 4. У 1 ребенка отмечен печеночно-бронхиальный свищ. При сочетанном эхинококкозе оперативное вмешательство производилось поэтапно, при решении вопроса об очередности проведения оперативных вмешательств предпочтение отдавалось в первую очередь органу, где поражение эхинококкозом более выражено, и имеется потенциальная возможность развития осложнений. В ближайшем послеоперационном периоде осложнения возникли в 45 случаях. Наиболее часто отмечено нагноение остаточной полости – в 30 случаях, из них 2 – в сочетании с желчным свищом и 3 – нагноение послеоперационной раны, гнойный плеврит – у 4. Поддиафрагмальный абсцесс после эхинококкэктомии печени вскрыт у 1 больного. Отдаленные результаты лечения эхинококкоза анализированы у 60% детей в сроки от 2 до 10 лет, основное количество пациентов (87,65%) обследовано в отдаленные сроки, через 6 -10 лет после операции. Наиболее часто в отдаленном периоде диагностировались солитарные эхинококковые кисты печени – 7 и рецидив эхинококкоза печени – 4, в 2 случаях обнаружен сочетанный эхинококкоз легких и печени. Эхинококкоз легкого выявлен всего в 1 случае, а также у 1 ребенка найдена остаточная полость эхинококковой кисты в легком.

33. Дуоденопластика по Kimura, дополненная восстановление подковообразной формы duodenum при атрезии двенадцатиперстной кишки

Чилибийский Я.И., Кацупеев В.Б., Чепурной М.Г., Лейга А.В., Карагезян Р.Л., Дадаян А.Г.
Ростов-на-Дону
ФГБОУ ВО РостГМУ Минздрава России

При атрезии двенадцатиперстной кишки в настоящее время наиболее широкое распространение получила ромбовидная дуоденодуоденостомия по Kimura с удлинением атрезированного отрезка duodenum путём пересечения связки Трейтца. Мы считаем, что эта операция, восстанавливая проходимость по двенадцатиперстной кишке,

нарушает её резервуарную функцию, значительно ускоряя продвижение химуса по желудочно-кишечному тракту. Ускоренное продвижение химуса по duodenum значительно сокращает время физиологического перемешивания химуса с соком поджелудочной железы и жёлчью, что, безусловно, влияет на дальнейший процесс расщепления белков, жиров и углеводов. В связи с этим дуоденопластика по Kimura была дополнена нами восстановлением подковообразной формы двенадцатиперстной кишки путём подвешивания начального отдела тощей кишки к связке Трейтца с изучением времени прохождения химуса по duodenum. В этом плане исследованию подвергнуто 2 группы больных: с восстановленной подковообразной формой двенадцатиперстной кишки (12 больных) и без её восстановления (14 больных) в отдалённые сроки послеоперационного периода – от полугода до 2 лет. Было показано, что у больных I гр. химус проходит через двенадцатиперстную кишку за 140-150 сек., в то время как у больных II гр. – за 10-15 сек. при нормальных значениях – 100 сек. Это значит, что у больных I гр. время прохождения химуса по восстановленной форме duodenum увеличивается в 1,5 раза, а без её восстановления сокращается в 7-10 раз, Ускоренная в 10 раз механика движения химуса по duodenum сокращает время контакта ингредиентов двенадцатиперстной кишки с химусом, что совершенно теряет смысл предназначения двенадцатиперстной кишки, которое восстанавливается только с подвешиванием начального отдела то-щей кишки к связке Трейтца. Дальнейшее изучение всех биохимических нарушений в химусе, возникающих при таком увеличении скорости прохождения его по двенадцатиперстной кишке даст возможность в полной мере оценить значение восстановления подковообразной формы duodenum.

34. Анатомо-функциональное совершенство современной колоэзофагопластики

Демиденко К.А., Чепурной М.Г., Бабич И.И., Матвеев О.Л., Азатян А.А.
Ростов-на-Дону
ФГБОУ ВО РостГМУ Минздрава России

В течение последних 5 лет в клинике детской хирургии РостГМУ эзофагопластику выполняют с использованием левой половины толстой кишки на питающей ножке, включающей *a. colica med.*, и лигированием *a. colica sin.* и аркады между этой и первой сигмовидной артериями. Трансплантат выкраивали в антиперистальтической позиции с размещением в переднем средостении с резецированной рукояткой грудины, устраняющей компрессию кишечного отрезка, выведенного на шею. Из брюшного отрезка трансплантата резецируем отрезок кишечной трубки, формирующей изгиб, над маргинальной артерией, перевязывая лишь прямые сосудистые стволы, что выпрямляет трансплантат и укорачивает его, делая его длину оптимальной. Артериальное питание выкроенного таким образом трансплантата обеспечивается настолько мощной артериальной сетью, что не описано ни одного случая недостаточности трансплантата, выкроенного с таким сосудистым обеспечением. Вместе с прекрасным кровоснабжением выкраивание трансплантата таким способом сопровождается рядом других преимуществ: он самый длинный из всех способов выкраивания из толстой кишки, при его выкраивании оголяется лишь левое забрюшинное пространство, правая половина толстой кишки с правым боковым каналом остаются интактными, под-водится к пищеводу на шее суженный отрезок кишечной трубки (нисходящий отрезок толстой кишки). Кровоснабжение выкроенного таким способом толстокишечного трансплантата можно считать идеальным из всех способов выкраивания трансплантата из толстой кишки. Что касается антиперистальтического способа размещения трансплантата, то оно имеет значение лишь короткий период времени (около 1 мес.). В дальнейшем кишка трансплантата превращается в инертную трубку с атрофированными стенками, которые не принимают никакого участия в её перистальтической активности. По такой трубке пища продвигается только под силой

своей тяжести с кинетической энергией, полученной пищевым комком от глоточной мускулатуры. Последняя серия эзофагопластик, выполненная у 27 больных (атрезия – 4, стриктуры – 23) продемонстрировала все преимущества разработанного способа.

35. Дуоденопластика по Kimura, дополненная восстановлением подковообразной формы duodenum при атрезии двенадцатиперстной кишки

Чилибийский Я.И., Кацупеев В.Б., Чепурной М.Г., Лейга А.В., Карагезян Р.Л., Дадаян А.Г.

Ростов-на-Дону
ФГБОУ ВО РостГМУ Минздрава России

При атрезии двенадцатиперстной кишки в настоящее время наиболее широкое распространение получила ромбовидная дуоденодуоденостомия по Kimura с удлинением атрезированного отрезка duodenum путём пересечения связки Трейтца. Мы считаем, что эта операция, восстанавливая проходимость по двенадцатиперстной кишке, нарушает её резервуарную функцию, значительно ускоряя продвижение химуса по желудочно-кишечному тракту. Ускоренное продвижение химуса по duodenum значительно сокращает время физиологического перемешивания химуса с соком поджелудочной железы и жёлчью, что, безусловно, влияет на дальнейший процесс расщепления белков, жиров и углеводов. В связи с этим дуоденопластика по Kimura была дополнена нами восстановлением подковообразной формы двенадцатиперстной кишки путём подвешивания начального отдела тощей кишки к связке Трейтца с изучением времени прохождения химуса по duodenum. В этом плане исследованию подвергнуто 2 группы больных: с восстановленной подковообразной формой двенадцатиперстной кишки (12 больных) и без её восстановления (14 больных) в отдалённые сроки послеоперационного периода – от полугода до 2 лет. Было показано, что у больных I гр. химус проходит через двенадцатиперстную кишку за 140-150 сек., в то время как у больных II гр. – за 10-15 сек. при нормальных значениях – 100 сек. Это значит, что у больных I гр. время прохождения химуса по восстановленной форме duodenum увеличивается в 1,5 раза, а без её восстановления сокращается в 7-10 раз, Ускоренная в 10 раз механика движения химуса по duodenum сокращает время контакта ингредиентов двенадцатиперстной кишки с химусом, что совершенно теряет смысл предназначения двенадцатиперстной кишки, которое восстанавливается только с подвешиванием начального отдела то-щей кишки к связке Трейтца. Дальнейшее изучение всех биохимических нарушений в химусе, возникающих при таком увеличении скорости прохождения его по двенадцатиперстной кишке даст возможность в полной мере оценить значение восстановления подковообразной формы duodenum.

36. Выбор метода оперативного лечения аппендикулярного перитонита у детей

Румянцева Г.Н.¹, Горшков А.Ю.¹, Юсуфов А.А.¹, Сергеев С.П.², Портенко Ю.Г.²,
Алехова Е.Л.², Михайлова С.И.², Бурченкова Н.В.¹

Тверь

¹ФГБОУ ВО Тверской государственный медицинский университет

²ГБУЗ Детская областная клиническая больница г. Тверь

Введение. Острые гнойные перитониты до настоящего времени занимают значительное место в структуре хирургической патологии у детей. Особой тяжестью течения отличаются разлитые формы перитонита, представляющие серьезную угрозу для жизни ребенка. Поэтому поиск адекватных консервативных методов и подходов к хирургическому лечению данной патологии продолжает оставаться одной из актуальных проблем детской хирургии. Классификация О.В. Карасевой (2006 г.) подразделяет

формы аппендикулярного перитонита на свободные, куда входит разлитой перитонит и абсцедирующие формы, классифицируемые по 3 степеням.

Цель работы: выработать оптимальную лечебно-диагностическую тактику у детей с гнойным перитонитом аппендикулярного генеза.

Материалы и методы. Настоящее исследование основано на анализе лечения 47 детей в возрасте от 2 до 17 лет, находившихся на обследовании и лечении в отделении гнойной хирургии ДОКБ г. Твери с 2009 по 2018 годы. Среди них девочек 25 (53,2%), мальчиков 22 (46,8%). Все пациенты имели деструктивную форму острого аппендицита (острый гангренозно-перфоративный аппендицит). Абсцедирующая форма (абсцесс III ст.) встретилась у 3 пациентов (6,3%). Больные с деструктивным аппендицитом, осложненным перитонитом в основном поступали в сроки более 24 часов (41 чел. – 87,23%). Поздняя госпитализация в основном относится к дальним районам Тверской области. Вторичные инфильтративные висцериты (оментит, тифлит, илеит, сальпингит) являются обязательной характеристикой свободных форм перитонита. Наиболее часто в воспалительный процесс при разлитом перитоните вовлекаются большой сальник (78,4%) и купол слепой кишки (67,6%), а также следует отметить значимую роль терминального илеита (34,7%). В этиологической структуре гнойного перитонита преобладает *E. coli* (до 61,7%), остальные микроорганизмы имеют второстепенное значение. Всем пациентам алгоритм обследования включал: сбор анамнеза, клиническое наблюдение с динамическим объективным исследованием больного ребенка от момента его поступления в стационар до момента выписки, методы лучевой диагностики (УЗИ брюшной полости), рентгенологические (рентгенография брюшной полости). При подозрении на наличие абсцедирующих форм перитонита в качестве дополнительного высокоинформативного метода мы проводили компьютерную томографию органов брюшной полости, в том числе в послеоперационном периоде – 15 пациентов. Нами определены ультрасонографические признаки разлитого и абсцедирующего перитонита (наличие картины деструктивного аппендицита, свободного экссудата в межпетлевом пространстве, абсцессы с УЗ-признаками периаппендикулярного абсцесса I, II и III ст.), что позволяло прогнозировать дальнейшую тактику хирургического лечения.

Результаты и обсуждение. Многообразие патологических процессов при перитоните обуславливает большую сложность их коррекции и требует комплексного подхода в лечении этой категории больных. Сюда относятся: хирургическое вмешательство, дезинтоксикационная терапия, коррекция нарушений гомеостаза, борьба с парезом кишечника и рациональная антибактериальная терапия. Основное звено в лечении – это своевременное оперативное вмешательство, которое позволяет устранить источник инфекции, санировать инфицированную брюшную полость и обеспечить отток экссудата в послеоперационном периоде. Дренирование полости малого таза по А.И. Генералову используем в клинике с 80 гг. прошлого века. Применение этой методики привело к снижению внутрибрюшных осложнений почти в 1,5 раза, в основном за счет уменьшения числа образования послеоперационных абсцессов брюшной полости. Эндоскопическая методика операции, применяемая в клинике с 2008 года, позволяет полностью санировать брюшную полость и устанавливать аспирационный дренаж в полость малого таза под визуальным контролем, учитывая индивидуальные анатомо-морфологические особенности брюшной полости ребенка. Отказ от промывания брюшной полости (с 2005 года) приводит к уменьшению послеоперационных осложнений, в основном, за счет уменьшения случаев ранней спаечно-кишечной непроходимости и сокращения числа нагноений послеоперационной раны. Периаппендикулярные абсцессы I и II ст. санлируем эндоскопически, для лечения периаппендикулярного абсцесса III ст.- применяем чрескожную пункцию и дренирование абсцесса под контролем УЗИ.

Выводы. Анализ динамики хирургической тактики и послеоперационных осложнений при разлитом гнойном перитоните у детей аппендикулярного генеза показал, что наиболее значимое влияние на сокращение послеоперационных осложнений оказали дренирование брюшной полости по А.И. Генералову, отказ от

промывания брюшной полости антисептиками и переход на эндоскопическую методику операции. Ведущую роль в диагностике форм перитонита, наблюдением за его течением, выполняет ультразвуковое исследование брюшной полости.

37. Опыт использования никелида титана для лечения костных кист у детей

Трушин П.В.

Новосибирск

ФГБОУ ВО Новосибирский государственный медицинский университет

Актуальность проблемы. Использование искусственных имплантов при замещении дефектов костей широко применяется в хирургической практике в последние годы, однако, в детской хирургии, этот способ используется не так часто, из-за недостатка остеоиндуктивных и остеокондуктивных свойств этих материалов, частых несращений или образования фиброзных футляров вокруг имплантатов.

Цель работы. Оценка эффективности хирургического лечения больных с дистрофическими костными кистами с помощью использования пластики полости кисты мелкогранулированным пористым никелидом титана.

Материал и методы. Для реализации поставленной цели проанализированы результаты реконструктивных операций у пациентов с ДКК с применением пластики мелкогранулированным никелидом титана. Под наблюдением находились 30 больных с ДКК в возрасте от 7 до 16 лет, мальчиков было - 18, девочек - 12. Пластика полости кисты мелкогранулированным пористым никелидом титана выполнена 30 пациентам (группа наблюдения). В группу сравнения было включено 25 лиц (13 – мальчиков, 12 девочек), которым для лечения применяли традиционный способ - заполнение костных полостей ауто- или гомотрансплантатом. В исследование включались больные с ДКК, в возрасте от 7 до 16 лет, которым было показано хирургическое лечение.

Результаты и обсуждение. Анализ лечения детей с ДКК по общепринятым методам костной пластики показал следующие результаты: у 25 пациентов (100%) осложнений не наблюдалось. В течение 5 лет полная костная перестройка структур с закрытием кисты произошла у 11 (44%) больных, у 10 (40%) детей костные полости закрылись на треть, не влияя на прочность кости и не имея тенденцию к прогрессированию, у 4 (16%) детей произошла резорбция материала, что потребовало повторной операции. Применение у этих пациентов материала из ауто- и гомокости не привело к хорошим результатам в лечении ДКК. В данном исследовании оценивалось клиническое применение пористого материала в виде микрогранул для заполнения костных дистрофических полостей. Анализ результатов лечения показал следующее: из 30 детей, оперированных с использованием материалов из никелида титана, хорошие результаты лечения получены у 29 (96,6%), удовлетворительные у 1 (3,4 %), неудовлетворительных результатов не отмечено. В группе детей, оперированных по общепринятой методике, анализ хирургического лечения ДКК показал, что хороший результат был получен у 11 (44%) больных, удовлетворительный - у 10 (40%), у 4 (16%) - неудовлетворительный (произошла резорбция материала, что потребовало повторной операции). У большинства детей заполнение полости кисты гранулами из никелида титана и формирование био-композита происходило в течение 6 - 8 мес, восстановление полной анатомической структуры кости - в течение 1,5 лет.

Выводы. В группе, где использовалась традиционная методика операции имелось 16 % неудовлетворительных результатов, что не позволяет считать данный способ лечения перспективным. В группе, где использовалась методика с микрогранулами никелида титана, получены хорошие результаты лечения у 29 (96,6%), удовлетворительные - у 1 (3,4%) пациентов, неудовлетворительных результатов не наблюдалось.

38. Способ обработки вдавленного перелома у детей

Актуальность проблемы. С каждым годом отмечается прогрессирующее увеличение детского травматизма. По данным ВОЗ количество регистрируемых случаев с черепно-мозговой травмой (ЧМТ) ежегодно растет на 1-2%. Несмотря на огромные достижения в медицине, улучшения качества оказания медицинской помощи, на сегодняшний день ЧМТ является важной проблемой, из-за своей распространенности, высокой частотой летальности и инвалидизации пострадавших. Особый раздел в черепно-мозговой травме занимают переломы костей черепа у детей, где частота их встречаемости составляет около 25%. Из всех переломов костей черепа, наиболее значимую роль играют вдавленные (импрессионные) переломы черепа. Хирургическая коррекция при наличии у ребенка импрессионного перелома свода черепа зачастую является сложной и многоэтапной. Из вышеизложенного, можно сделать вывод, что данная проблема является на сегодняшний день до конца не решенной и актуальной.

Цель. Сократить число операций и улучшить показатели исходов при хирургическом лечении детей с вдавленным переломом костей свода черепа.

Материал и методы. В ГБУ РО «Областной детской клинической больницы» г. Ростова-на-Дону с 2015г. было проведено оперативное вмешательство 22 детям по поводу вдавленного перелома свода черепа. По локализации травматического повреждения костей свода черепа отмечалась следующая картина: лобная кость – 6 человека (27%), височная – 1 (5%), лобно-височная – 2 человека (9%), теменная – 10 детей (45%), теменно-височная – 2 (9%), затылочная кость – 1 (5%). По возрастной градации возраст колебался от 1 месяца до 17 лет, преобладал ранний школьный возраст – дети 8 лет (составили 9 человек - 41%). Преимущественно травмы получали мальчики – 17 детей (77%), девочки составили 5 человека (23%). Закрытые переломы диагностировались у 2-х (9%) пациентов, открытые, не проникающие (с повреждением апоневроза, без травматического повреждения твердой мозговой оболочки) - у 16 (73%), открытые проникающие (с повреждением твердой мозговой оболочки) – 4(18%). При поступлении в больницу нарушение уровня сознания оценивалось по классификации предложенной Коноваловым А. Н. и др. 1982г. и по шкале ком Глазго (ШКГ) предложенной в 1974 г. G. Teasdale и V. Jennet: - 4 пациентов (18%) угнетено сознание до оглушения 1 (по ШКГ – 13-14баллов), - 18 детей (82%) - оглушения 2 (по ШКГ 11-12 баллов), В 100% случаях отмечалась общемозговая симптоматика (головная боль, рвота, тошнота), неврологический дефицит в виде менингеального синдрома, легкого гемипареза. Всем пострадавшим в качестве верификации диагноза проводилось СКТ исследование головного мозга (в 100% случаев). Показаниями к оперативному вмешательству являлись: 1. Углубление в полость черепа осколков на глубину от 5,0-10,0 мм. 2. Косметический дефект. Оперативное вмешательство всем детям проводилось не позднее 48 часов с момента полученной травмы. Всем детям применялась хирургическая коррекция разработанным способом: «способом обработки вдавленного перелома костей черепа по Пшеничному А. А.» - № заявки 2017143056 от 08.12.2017.

Результаты и обсуждение. Основную роль в прогнозе лечения играло восстановление целостности костей свода черепа. При проведении динамического СКТ исследования головного мозга, выявлено полное восстановление целостности костей свода черепа в поврежденной области. Послеоперационных ранних/отдаленных осложнений, ни у одного из пациентов не встречались. Средний койко день пребывания в стационаре составил 12 дней. Анализируя полученные результаты – очевидно, что при выполнении хирургической коррекции данным способом, отмечается полное восстановление целостности кости черепа у детей.

Выводы: разработанным способом хирургической коррекции приобретенных дефектов костей свода черепа у детей, позволяет радикально остановить кровотечение,

одномоментно выполнить устранение сдавления осколками черепа паренхимы головного мозга и восстановить целостность свода черепа аутотрансплантатом. Разработанный способ технически прост, не требует дополнительного, дорогостоящего оборудования, экономически не затратен. Данный способ позволяет улучшить результаты послеоперационных осложнений, улучшить качество жизни ребенка.

39. Новые технологии в хирургической коррекции двигательных нарушений у детей с церебральным параличом

Тупиков В.А.^{1,2}, Шамик В.Б.²

¹Шахты, Ростовская область, ²Ростов-на-Дону

¹МБУЗ ДГБ г. Шахты

²ФГБОУ ВО РостГМУ Минздрава России

Наличие двигательных нарушений является основным препятствием к интеграции в общество 60 - 80% детей с ДЦП. По нашим данным у 15,3% таких детей консервативное лечение оказывается не эффективным и требует хирургической коррекции. Методы оперативного лечения двигательных нарушений у детей с церебральным параличом постоянно совершенствуются вместе с расширением понимания их возникновения и развития.

Нами предложена концепция диспластического этиопатогенеза ДЦП в рамках которой двигательные нарушения рассматриваются как дисфункции созревания и диспропорции роста дисплазированных центральной нервной и опорнодвигательной систем. Исходя из этой концепции разработана и внедрена в клиническую практику система ортопедохирургической помощи детям с ДЦП, включающая новые способы диагностики и хирургического лечения синдромов двигательных нарушений и контрактур суставов верхних и нижних конечностей, а именно: способ прогнозирования рецидива эквинусной и эквиноварусной деформаций стопы после их раннего хирургического лечения у детей с ДЦП (патент РФ №2432899); способ хирургической коррекции пронационной контрактуры предплечья у детей с ДЦП (патент РФ №2269319); способ хирургической коррекции внутриворотационной контрактуры нижних конечностей у детей с ДЦП (патент РФ № 2284776); способ хирургической коррекции сгибательной контрактуры коленного сустава у детей с ДЦП (патент РФ №2315577); способ хирургической коррекции плосковальгусной деформации стопы у детей с ДЦП (патент РФ № 2345727); способ хирургического лечения трицепс-синдрома у детей с ДЦП (патент РФ 2486873); способ оптимизации результатов хирургического лечения двигательных нарушений у детей с ДЦП (патент РФ №2438589). Наблюдали 976 детей с детским церебральным параличом. Оперировано 148 детей со спастическими формами ДЦП в возрасте от 2 до 17 лет (средний возраст 10,4 г). Сделано 389 операций. С использованием собственных методов выполнено 143 операции у 112 детей. Из них со спастической диплегии - 51 (45,5%), гемиплегической формой - 50 (44,7%), двойной гемиплегией - 11 (9,8%) детей. Легкая степень двигательных нарушений выявлена у 26 (23,2%), средняя - 64 (57,2%), тяжелая - 22 (19,6%) пациентов. Прогрессирующие двигательные нарушения имели 19 (16,9%), не могли самостоятельно ходить 9 (8,0%) детей. Одномоментные многоуровневые операции выполнены 29 (25,9%), этапные многоуровневые операции - 11 (9,8%) пациентам. После хирургического лечения предложенными способами и реабилитации достигнуто увеличение объема движений в суставах верхних конечностей на $67,3^{\circ} \pm 5,1^{\circ}$ - $88,9^{\circ} \pm 9,7^{\circ}$, в нижних конечностях на $27,7^{\circ} \pm 3,2^{\circ}$ - $94,7^{\circ} \pm 3,7^{\circ}$. Компенсация степени физической и социальной недостаточности по тестам многоаспектной оценки качества жизни составила в баллах: тест Оберга - $27,0 \pm 4,7$ (с $51,4 \pm 4,2$ до $23,4 \pm 5,6$ - регрессивная шкала); индекс активности повседневной жизни Бартела - $40,0 \pm 6,4$ (с $44,5 \pm 6,5$ до $85,0 \pm 4,8$); индекс мобильности Ривермид - $6,0 \pm 1,2$ (с $4,3 \pm 1,3$ до $10,1 \pm 1,5$); мера функциональной независимости - $37,9 \pm 7,9$ (с $67,6 \pm 7,6$ до $105,5 \pm 7,5$); ноттингамский расширенный индекс активности повседневной

жизни - $17,5 \pm 6,9$ (с $20,2 \pm 7,9$ до $37,7 \pm 4,6$). Хорошие и удовлетворительные результаты получены при лечении 97,3% пациентов, плохие - в 2,7% случаев. Отдаленные результаты сроком от 2 до 18 лет прослежены у 61 пациента (средний возраст $22,3 \pm 4,5$ года). Все они удовлетворены результатами хирургического лечения, закончили общеобразовательные, специальные и высшие учебные заведения или учатся в них, работают по полученной специальности, полностью интегрированы в общество.

Таким образом, применение новых способов хирургической коррекции в системе комплексного лечения двигательных нарушений позволяет расширить двигательные возможности, снизить степень функциональной недостаточности, физической и социальной дизадаптации, улучшить качество жизни, обеспечить интеграцию в общество детей с церебральным параличом.

40. Новый метод определения тяжести эквинусной деформации стопы у детей с детским церебральным параличом

Шамик В.Б.¹, Рябоконеv С.Г.², Малыхин А.А.²

Ростов-на-Дону

¹ФГБОУ ВО РостГМУ Минздрава России

²ГБУ РО ОДКБ

Достижения в области изучения мышц голени у больных детским церебральным параличом (ДЦП) привели к увеличению количества исследований, связанных с неинвазивным измерением мышечной архитектуры, работы мышц во время функциональной деятельности у разных категорий пациентов. Важным моментом является определение взаимосвязи между структурой и функцией мышцы, которая оказывает специфическое действие на походку. В диагностике степени ригидности деформация многими авторами широко используется непосредственно клиническая картина: симптом Штрumpfеля, объем дорсифлексии при согнутом и разогнутом коленном суставе. Некоторые авторы указывают на то, что если контрактура сохраняется при согнутом коленном суставе, то в процесс вовлечены и камбаловидная, и икроножная мышцы. Если тыльное сгибание ограничено при прямом колене, а в согнутом положении нет, то расценивают как патологию исключительно икроножной мышцы. Однако, для определения объема хирургического вмешательства при эквинусной деформации стоп требуются более точные измерения степени контрактуры.

Целью нашего исследования является определение степени эквинусной контрактуры стопы на основе проведения комплексного исследования.

Материалы и методы. За период с 2015 г. по 2019 г. в клинике детской хирургии и ортопедии на базе областной детской клинической больницы находились под наблюдением 60 детей, страдающих ДЦП. Критерием включения в исследование было наличие эквинусной деформации стоп при ДЦП. По гендерному признаку пациенты разделены практически в равном соотношении, по возрасту — от 3 до 10 лет. В качестве диагностических методов нами применялись: клиническая оценка спастичности по модифицированной шкале Ashworth, оценка двигательной активности по шкале GMFCS, оценка состояния походки, проводилось УЗИ мышц голени (икроножной и камбаловидной), определение объема движений в голеностопном суставе и уровня мышечной силы трехглавой мышцы голени при помощи разработанного в клинике способа определения тяжести деформации. Способ осуществляется следующим образом: к подстопнику присоединяются металлические тяги с пружинным динамометром, с помощью которого измеряется сила сопротивления трехглавой мышцы голени.

Результаты и их обсуждение. У детей с ДЦП мышцы при ультразвуковом исследовании гиперэхогенной структуры, недостаточно чётко визуализировались волокна, грубо нарушена архитектура. Мышечные волокна неправильного хода, деформированы с гипозоногенными включениями. Напряжение приводило к

минимальному увеличению размеров мышечных волокон. Коэффициент асимметрии Кас составил 0,75 (на здоровой ноге соответственно 1,1). Градиент толщины поперечника икроножной мышцы Гп у детей с ДЦП в 1,5 – 2,1 раза ниже, чем у здоровых субъектов. Определены степени тяжести эквинусной деформации стоп. При первой степени – шкала Ashworth соответствовала 1 баллу, GMFCS — II уровню, при походке нет переката стопы, выведение стопы до угла 90° с усилием 5-7 кг/см². При второй степени шкала Ashworth соответствовала 2 баллам, GMFCS — II уровню, при походке подъем на носочки, выведение стопы до угла 90° с усилием 8-10 кг/см². При третьей степени шкала Ashworth соответствовала >3 баллов, GMFCS — III уровню и выше, при походке – стойкий эквинус, выведение стопы до угла $\geq 90^\circ$ с усилием >10 кг/см². Соответственно степеням тяжести дети разделены на 3 группы. В первую группу вошли 24 ребенка, во вторую — 19 и в третью — 17 больных.

Заключение. Проведенные исследования позволили разделить детей на 3 группы с выделением четких критериев соответствия степени эквинусной деформации стоп, что позволило определить способ хирургического лечения в каждой группе.

41. Дифференцированный подход к выбору метода оперативного лечения килевидных деформаций грудной клетки у детей

Шамик В.Б.¹, Ковалев М.С.², Новошинов Г.В.³, Шамик П.В.¹

Ростов-на-Дону

¹ФГБОУ ВО РостГМУ Минздрава России

²МБУЗ ДГБ

³ГБУ РО ОДКБ

Врожденная килевидная деформация грудной клетки (КДГК) у детей довольно частое явление, но диагностируется не всегда, а только при выраженных формах и у пациентов, крайне придирчиво относящихся к своему внешнему виду. Даже среди медицинских работников бытует мнение, что КДГК является проявлением перенесенного рахита и обращать внимание, а тем более лечить данный порок нет необходимости, тем более что нарушения со стороны сердца и легких встречаются приблизительно у четверти больных. Еще хуже обстоят дела с диагностикой асимметричных килевидных деформаций, особенно при локализации их в пределах костно-хрящевой части ребер и в меньшей степени затрагивающей грудину пациента. Кроме того, показанием к выполнению хирургического лечения данного порока является, прежде всего, косметические претензии пациента и его родителей. И в связи с этим перед хирургом стоит задача устранения деформации и придания формы грудной клетки близкой к физиологической норме с наименьшими оперативными косметическими изъятиями и уменьшением тяжести и объема хирургического вмешательства.

Целью нашего исследования является определение наиболее косметически рационального способа хирургического лечения асимметричных КДГК у детей.

Материалы и методы. В базовом хирургическом отделении клиники детской хирургии и ортопедии РостГМУ за последние 15 лет находились под наблюдением более 150 пациентов в возрасте от 5 до 17 лет с деформацией передней грудной стенки по типу выпячивания. Нами в диагностике использована классификация, предложенная нашей кафедрой. Более 70% детей страдали асимметричными формами деформации. Следует обратить внимание, что к этой группе пациентов отнесены дети, у которых асимметричность определялась, прежде всего, клинически. При более детальном обследовании с помощью торакометрии и МСКТ асимметричность определялась практически у всех детей при рассмотрении передней грудной стенки на различных уровнях и срезах. Среди множества килевидных деформаций следует выделить три основные типа: рукояточно-грудинный (12 пациентов); реберно-грудинный или грудинно-реберный (в зависимости от локализации точки максимального выпячивания

— 87 больных); реберный тип правосторонний или левосторонний (55 детей). Показания к выполнению хирургического вмешательства с целью реконструкции грудной клетки определялись по совокупности многих факторов: желания пациента и его родителей, выраженности деформации, состояния кардио-респираторной системы, операционного риска в связи с сопутствующей патологией и синдромальными формами, степени завершенности роста. Основным критерием получения результата торакопластики был фактор косметичности и удовлетворенности пациента и его представителей. Все оперативные вмешательства выполнялись открытым способом, но с условием минимизации травматичности. У всех больных оперативные вмешательства выполнялись из поперечного субмаммарного или субпекторального разреза в различных вариациях в зависимости от величины и локализации деформированного сегмента передней грудной стенки. От вертикального или продольного разреза мы отказались в принципе, считая его грубым косметическим дефектом. Только у 5 больных с рецидивами деформации, у которых первичные оперативные вмешательства были выполнены в других клиниках из срединного доступа и после коррекции деформации после кардиохирургических вмешательств, нами были использованы те же доступы по причине соблюдения принципов эстетической хирургии. Кроме того, для мобилизации деформированной части грудино-реберного комплекса (ГРК) при рукояточно-грудинном типе КДГК, высоком расположении деформации реберно-грудинного и реберного типов нами использованы специально разработанные инструменты. При выведении ГРК в положение коррекции стабилизация производилась путем применения 2-4 титановых пластин, фиксированных на различных уровнях. Во всех случаях нами применены косметические внутрикожные швы атравматической нитью 3/0 — 4/0.

Результаты и их обсуждение. Анализируя отдаленные исходы после реконструктивных торакопластик (3-7 лет), нами хорошие результаты оперативного лечения у 90% пациентов. У 10% отмечалась незначительная потеря коррекции, обусловленная интенсивным ростом ребенка, и «некрасивые» послеоперационные рубцы, возникшие из-за особенностей коллагена кожи.

Заключение. Таким образом, используя вышеуказанные хирургические приемы можно получить превосходные хирургические результаты у большинства пациентов с КДГК. Предпочтительным для выполнения торакопластики является возраст не ранее 15 лет.

42. Некоторые аспекты ранней диагностики острого гематогенного остеомиелита у детей

Шамик В.Б.¹, Биналиев И.О.², Тер-Сааков С.С.², Шамик П.В.¹

Ростов-на-Дону

¹ФГБОУ ВО РостГМУ Минздрава России

²ГБУ РО Областная детская клиническая больница

Острый гематогенный остеомиелит (ОГО) у детей является одним из наиболее тяжелых и опасных гнойно-септических заболеваний детского возраста, с частым исходом в сепсис, летальность и инвалидизацию детей. ОГО у детей, по различным данным, в 10-40% случаев приобретает хроническое течение, из них у 11-50% детей возникают различные ортопедические осложнения (патологические переломы, ложные суставы, анкилозы, укорочения и деформации конечностей). В случаях хронизации гематогенного остеомиелита многие дети остаются инвалидами или многократно оперируются. Поэтому, своевременное прогнозирование перехода ОГО в хроническую стадию является одной из первостепенных задач детского хирурга. Ранняя диагностика и своевременно начатое лечение ОГО в значительной мере предопределяет исход патологического процесса. Ранняя санация первичного очага позволяет у многих больных детей предотвратить септикопиемию, а последующее комплексное лечение

приводит к выздоровлению у 95% пациентов. Однако, при всей очевидности подобного эффекта ранней диагностики ОГО проблема пока далека от своего решения.

Целью исследования является определение оптимальных методов ранней диагностики острого гематогенного остеомиелита у детей.

Материал и методы исследования. В хирургическом отделении областной детской клинической больницы находились на лечении 136 детей с острым гематогенным остеомиелитом в возрасте от 3 месяцев до 15 лет. По гендерному признаку пациенты разделены практически в равном соотношении. Нами отобраны больные, поступившие в клинику в первые сутки-двое после начала манифестации заболевания. В качестве диагностических методов в первые трое суток от момента поступления нами применялись: клинический осмотр, рентгенография опорно-двигательного аппарата в режиме мягких тканей и рентгенография легких, ультразвуковое исследование суставов и мягких тканей опорно-двигательного аппарата, пункция суставов и мягких тканей, трепанация костей с измерением внутрикостного давления, МРТ, СКТ, бактериальный посев пунктата и крови на стерильность и чувствительность микрофлоры к антибиотикам, лабораторные исследования, включающие общий и биохимический анализ крови и СРБ.

Результаты и их обсуждение. Клинический осмотр проведен всем больным с ОГО. Рентгенография легких выполнена у 87 пациентов, рентгенография опорно-двигательного аппарата — 36 больным. УЗИ суставов и мягких тканей использована в 57 наблюдениях. Пункция суставов и мягких тканей выполнена 24 пациентам, трепанация кости — 81 больному. Измерение внутрикостного давления произведено у 23 больных. Бактериальный посев крови на стерильность использован у 92 больных, посев содержимого пунктатов — 105 детям. МРТ выполнено 12 больным, а СКТ — в 36 наблюдениях. Общий и биохимический анализ крови применен у всех детей с ОГО, СРБ — у 46 детей. Наиболее оправданным в дебюте ОГО представляется применение УЗИ (в сочетании с остеопункцией). При этом МРТ и КТ в интрамедуллярную фазу целесообразно рассматривать как уточняющие методы. Методами выбора в экстремедуллярную фазу нами принято рассматривать рентгенографию, УЗИ и КТ. Наиболее диагностически ценным считаем остеопункцию с измерением внутрикостного давления. Однако, скудность клинической картины, недооценка совокупности симптомов иногда сдерживают хирургов от применения этого метода. Рост культур *Staphylococcus aureus* обнаруживался лишь у 50% пациентов. Появление метициллинрезистентных штаммов *Staphylococcus aureus* (MRSA) установлено в 10,5% случаев. У остальных больных острым гематогенным остеомиелитом обнаруживался *Staphylococcus epidermidis* — у 20% детей, у других пациентов: *Staphylococcus haemolyticus* — у 2%, *Enterococcus faecium* — у 4% больных, а также ассоциации возбудителей, т. н. микст-инфекция. Не выделены патогенные микроорганизмы из гноя очага воспаления кости у 10% больных детей с подтвержденным клинико-лабораторно и интраоперационно ОГО. Положительный рост микроорганизмов определен у 5% больных при посеве крови на стерильность.

Заключение. Выделение микроорганизма, вызывающего причину заболевания, остается диагностическим золотым стандартом и в настоящее время единственный путь к установлению окончательной диагностики. Необходимо более широко использовать трепанобиопсию по контролю УЗИ и МРТ с бактериологическим исследованием фрагментов пораженной костной ткани. МРТ является методом выбора в исследовании ОГО у детей. Более широко необходимо использовать остеосцинтиграфию. Последняя может иметь ограниченное применение из-за низкой информационной значимости у детей новорожденных и грудных детей. Рентгенография у детей с ОГО имеет минимальное значение и может быть использована только с целью дифференциальной диагностики с другими заболеваниями. Расширять возможности лабораторной диагностики с использованием современных технологий.

43. Трансуретральная контактная лазерная литотрипсия конкрементов верхних мочевыводящих путей у детей раннего возраста

Поляков П.Н.¹, Александров С.В.¹, Емельяненко А.В.², Жарова Н.В.¹, Исламов Ф.О.¹, Крицук В.Г.¹, Орлов И.Н.², Полякова Т.И.¹

Санкт-Петербург

¹СПб ГБУЗ «Детская городская больница №2 Святой Марии Магдалины»

²СПб ГБУЗ "Клиническая больница Святителя Луки"

Актуальность. Лечение пациентов раннего возраста с низкой массой тела представляется технически сложным в связи с риском повреждения паренхимы почки при использовании дистанционной литотрипсии. Использование дистанционной литотрипсии для конкрементов, состоящих из цистина, моногидрата оксалата кальция, брушита не рекомендуется. Всё чаще у детей для дробления конкрементов в верхних мочевыводящих путях используются эндоскопические внутрисветовые методы. При этом отмечается их высокая эффективность, низкий риск осложнений, редкие конверсии в перкутанный или открытый методы лечения конкрементов.

Цель. Продемонстрировать наш опыт в диагностике и эндоскопическом лечении пациентов с конкрементами мочевыводящих путей в возрасте до 3-х лет.

Материалы и методы. С января по июнь 2019 года в отделении детской урологии нашей клиники на лечении находилось 5 пациентов в возрасте до 3-х лет. Возраст пациентов составил от 12 до 26 месяцев, масса тела от 6 до 12 кг (двое имели низкую массу при рождении 800 г и 1050 г), у 4-х пациентов конкременты располагались в лоханке у одного в нижней трети мочеточника, их размер варьировал от 8 до 12 мм по максимальной длине, плотность от 600 до 1000 Нц, продолжительность операции составила от 40 до 65 минут, состав конкрементов у 3-х пациентов вевеллит и ведделлит, у одного вевеллит, ведделлит, октакалция фосфат пентагидрат, у одного пациента был цистиновый конкремент. Все конкременты носили характер симптомных, сопровождались эпизодами колик, гематурии, инфекциями мочевыделительной системы или атаками пиелонефрита. В диагностике использована компьютерная томография с контрастным усилением. В лечении была избрана эндоскопическая методика с использованием полуригидного уретероскопа диаметром 7,3 Ш. Все пациенты прстентированы на срок от 1 мес до 2-х недель с использованием J-J стента, в том числе трое для устранения нарушения оттока мочи. Пациентам выполнено контактное дробление конкрементов с использованием гольмиевого лазера, в завершении операции выполнено стентирование мочеточника с последующим удалением стента через 10-14 дней.

Результаты. Осложнений не отмечено. Все пациенты были отпущены домой после операции в срок от 1 до 3-х суток. По данным контрольных УЗИ через 1 -6 мес конкременты не визуализированы у 4-х пациентов, у 1 пациента визуализирован микролит 2 мм в нижней чашечке почки.

Выводы. Эндоскопическое дробление конкрементов лоханки и мочеточника у детей раннего возраста имеет высокую эффективность и короткий период восстановления после операции.

44. Оптимизация лечения детей с химическими ожогами пищевода

Тараканов В.А., Стрюковский А.Е., Пилипенко Н.В., Старченко В.М., Надгериев В.М., Колесников Е.Г., Барова Н.К., Луняка А.Н.

Краснодар

ФГБОУ ВО «Кубанский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения РФ

Актуальность. Лечение детей с химическими ожогами пищевода (ХОП) актуальной проблемой детской хирургии и смежных специальностей. Это обусловлено прогрессирующим распространением данной патологии – ХОП – занимают 1-е место среди заболеваний пищевода, в связи с ростом использования бытовой химии и маркетинговой политики. Единых данных о частоте встречаемости этой патологии нет, но большинство авторов склоняются к цифрам – 15-16 случаев на 10.000 детей. Гендерное соотношение – 1:2, с преобладанием мальчиков. Результаты лечения детей с ХОП не удовлетворяют детских хирургов. Частота формирования стенозов пищевода превышает 30%. На фоне ХОП развиваются сепсис, пневмония, кровотечения, перфорации. Широкая распространённость патологии, не имеющая тенденции к снижению, большое количество осложнений, расширяющийся спектр лекарственных препаратов диктуют необходимость создания единого комплекса лечения для детей с ХОП.

Целью исследования является оптимизация процесса лечения больных с ХОП.

Материалы и методы. Работа основана на опыте лечения 147 больных в возрасте от 1 года до 16 лет. Возрастной пик заболеваемости -1-3 года. Среди пациентов преобладали мальчики – 64,40% случаев (95), а девочки – 35,60% наблюдений (52). Гендерное соотношение – 1:1,8. Всем детям с подозрением на ХОП проводилась эзофагогастроскопия. Полноценная топическая диагностика при первичном эндоскопическом обследовании возможна не всегда. Это обусловлено: воспалительными изменениями пищевода, травматизацией тканей, угрозой перфорации. В изучаемой группе данная ситуация встречалась у 44 детей (29,50%). Постановка окончательного диагноза и эффективность проводимого лечения оценивались при контрольных эндоскопических исследований. Они выполнялись с кратностью 1 раз в 7-10 дней. При подозрениях на развитие внутригрудных осложнений выполнялась обзорная рентгенография органов грудной клетки и решался вопрос о дальнейшей лечебно-диагностической тактике. При проведении эндоскопического обследования были установлены следующие степени ХОП: 1-я степень – у 36 больных (23,50%), 2-я – у 67 пациентов (47,00%), 3-я – у 44 детей (29,50%). Изучении этиологических факторов ХОП дало следующие данные: наиболее часто встречались кислотные ожоги - у 78 пациентов (53,06 %); на 2-м месте - щелочные ожоги – у 65 больных (44,22%); на 3-м – окислители – 4 детей (2,72%). Анализ протяжённости поражения пищевода показал, что ожог верхней трети пищевода был - у 33 детей (22,45%), верхней и средней части - у 50 больных (34,00%), а поражение всего пищевода – у 24 пациентов (16,33%). Тотального поражения пищевода и желудка – у 40 пострадавших (27,22%). В условиях хирургического стационара пациенты с ХОП получали комбинированное лечение: антибактериальную, гормональную, инфузионную, антикоагулянтную терапии, ингибиторы протеолиза, прокинетики, репаранты, ФТЛ. По показаниям проводились сеансы гипербарической оксигенации (ГБО), парентеральное питание. Продолжительность и объём проводимого лечения зависел от результатов эндоскопического обследования. При ХОП 1-2 степени гормональны назначалась в дозировке 1-2 мг/кг, проводилась моно антибактериальная терапия цефалоспорины 2 поколения, гепарин из расчёта 100 ЕД/кг. При ХОП 3 степени дозировка гормонов увеличивалась до 3-5 мг/кг. Антибактериальная терапия была комбинированной и проводилась цефалоспоринами 3 поколения в сочетании с аминогликозидами. Назначалась ГБО – от 7 до 10 процедур. Инфузионная терапия, парентеральное питание, обезболивание, прокинетики, ингибиторы протеолиза рассчитывались в каждом случае индивидуально. Коррекция проводимого лечения проводилась под контролем эзофагогастроскопии. При положительной динамике последовательно отменялись: инфузионная, гормональная, антибактериальная терапии и парентеральное питание. Все препараты назначались в возрастных дозировках. При отсутствии положительной динамики на фоне лечения в течение 30 дней – решался вопрос о хирургическом вмешательстве. Рубцовое стенозирование пищевода было диагностировано на 10-20-е сутки – у 24 пациентов (16,30%) с 3-й степенью ХОП. Это являлось показанием к

бужированию. Его начинали выполнять при полном купировании эрозивных изменений в пищеводе. При проведении бужирования пищевода использовались различные методики: «слепое» бужирование – при компенсированном стенозе; при субкомпенсированном – бужирование по нити или с использованием баллонного дилататора; при декомпенсированном – только методика баллонного дилататора. У больных с 1-й степенью ХОП воспалительный процесс был купирован в течение 10-14 суток в 100% случаев. У детей со 2-й степенью ХОП купирование воспалительно-эрозивных процессов пищевода продолжалось в течение 21-23 дней. Осложнений не было. Пациенты с 3-й степенью ХОП получали консервативное лечение 31-33 койко-дня. Стеноз пищевода развился у 24 больных (16,30%). Продолжительность бужирования в зависимости от выраженности рубцовых деформаций колебалась от 3-х до 24 месяцев. Осложнений, потребовавших хирургического вмешательства и создания неопищевода не было. Санаторно-курортное лечение, данному контингенту больных, должно проводиться через 6 месяцев после купирования воспалительных изменений со стороны слизистой пищевода.

Выводы. Химические ожоги пищевода широко распространённая патология у детей, не имеющая тенденции к снижению. Больные с ХОП должны получать лечение в специализированных детских хирургических отделениях. Терапия ХОП должна быть комплексной и индивидуализированной в зависимости от характера повреждающего агента и тяжести состояния больного. Созданная в клинике программа лечения ХОП является эффективной, что позволяет рекомендовать её для использования в клинической практике.

45. Эффективность применения высокопоточных назальных канюль у детей с гнойно-воспалительными заболеваниями легких и плевры на фоне тяжелых органических заболеваний центральной нервной системы, осложнившимися острым респираторным дистресс-синдромом

Барова Н.К.^{1,2}, Тараканов В.А.^{1,2}, Трембач А.В.^{1,2}, Бгане Н.М.^{1,2}, Трембач И.А.²,
Убилава И.А.², Стковскрнуй А.Е.¹, Колесников Е.Г.^{1,2}

Краснодар

ГБОУ ВПО "Кубанский государственный медицинский университет", ГБУЗ "Детская краевая клиническая больница"

Актуальность. В настоящее время в педиатрической интенсивной терапии придается большое значение осуществлению механической инвазивной вентиляции легких с осуществлением принципов ее протективности. Это связано с тем, что при применении агрессивных параметров вентиляции легких, особенно в условиях компроментированности дыхательной системы, возникает вентилятор-ассоциированное легочное повреждение, утяжеляющее явления дыхательной недостаточности. Учитывая вышесказанное, применение методов не инвазивной респираторной поддержки, а также уменьшение сроков нахождения детей на инвазивной вентиляции легких, благоприятно влияет на исход заболевания и выживаемость. Это имеет еще более важное значение при лечении гнойно-воспалительных заболеваний дыхательной системы у детей с тяжелыми сопутствующими неврологическими состояниями, например, тяжелые органически поражения центральной нервной системы. Такое сопутствующее состояние проявляется грубой задержкой психомоторного развития и частыми рецидивирующими бронхообструктивными процессами. В таких ситуациях клиники встречаются с проблемами, связанными с отлучением ребенка от механической инвазивной вентиляции легких. При появлении нового метода респираторной поддержки в виде высокопоточных назальных канюль, такие сложности значительно нивелируются, что позволяет облегчить отлучение таких детей от инвазивной вентиляции, в некоторых случаях даже улучшить оксигенацию и газообмен по сравнению с инвазивной

вентиляцией, избежать необходимости выполнения дополнительных методов контроля за дыхательными путями (например, трахеостомия).

Цель работы. Определить эффективность применения высокопоточных назальных канюль при отлучении детей с тяжелыми гнойно-воспалительными заболеваниями легких и тяжелыми органическими поражениями ЦНС, осложнившимися острым респираторным дистресс-синдромом от инвазивной механической вентиляции легких.

Материалы и методы. Ретроспективное одноцентровое исследование. Включено 35 детей, поступивших в ГБУЗ «Детская краевая клиническая больница» министерства здравоохранения Краснодарского края в период с 2015г. по настоящее время в возрасте от 3 до 12 лет. Дети получали лечение в отделении анестезиологии и реанимации с диагнозами: Острая бактериально-деструктивная пневмония, гнойно-фибринозный плеврит, острый респираторный дистресс-синдром, респираторный сепсис. Все дети имели фоновую тяжелую неврологическую патологию с органическим поражением ЦНС и грубой задержкой психомоторного развития, а также деформирующими изменениями в грудном отделе позвоночника. В исследование включены дети с благоприятным исходом заболевания: выписаны из стационара. Все дети доставлялись из лечебных учреждений края по линии отделения экстренной консультативной скорой медицинской помощи санитарная авиация на инвазивной искусственной вентиляции легких. Индексы оксигенации составляли при поступлении от 8 до 12 баллов, что говорит о наличии острого респираторного дистресс-синдрома с применением достаточно агрессивных параметров вентиляции. Все дети нуждались в проведении оперативного вмешательства по поводу гнойно-фибринозных плевритов в виде торакоскопической санации плевральной полости, которое выполнялось после предоперационной подготовки на 1-2 сутки после поступления. В послеоперационном периоде состояние детей оставалось тяжелым как в связи с тяжелым септическим процессом, так и в связи с послеоперационным стрессом. Дети находились на продленной механической инвазивной вентиляции легких с индексами оксигенации от 10 до 14 баллов, проводилась инотропная и вазопрессорная поддержка, которая составляла по инотропной шкале 7-15 баллов. Терапия сепсиса включала в себя комбинированную антибактериальную терапию широкого спектра (карбапенем+линезолид), проводилась терапия иммуноглобулинами М, инфузионно-трансфузионная терапия, механическая инвазивная вентиляция легких по данным кислотно-щелочного состояния крови. Проводилась медикаментозная седация (бензодиазепины, барбитурваты), обезболивание (опиоидные анальгетики).

Результаты. В ходе проведения исследования дети разделены на две группы. Первая группа (n=15) детей, которые переводились на самостоятельное дыхание традиционными способами (экстубация, нормопоточная оксигенотерапия), вторая группа (n=20) детей, отлучение которых от инвазивной вентиляции легких проводился с помощью использования высокопоточных назальных канюль. В первой группе реинтубация потребовалась в 8 случаях (53 %), в 9 (60%) случаях отлучение от механической вентиляции произведено через наложение трахеостомы. Средняя продолжительность дней на инвазивной вентиляции в послеоперационном периоде составило в первой группе 5 дней. Во второй группе детей реинтубация потребовалась в 2 случаях (10%), наложению трахеостомы детей во второй группе не подвергались. Длительность инвазивной вентиляции легких в послеоперационном периоде у детей второй группы составила 2 дня.

Выводы. Высокопоточные назальные канюли являются простым, удобным и эффективным способом осуществления респираторной поддержки у детей даже в условиях течения острого респираторного дистресс-синдрома. Данный метод уменьшает сроки нахождения детей на инвазивной вентиляции легких, обеспечивает адекватный газообмен и оксигенацию, облегчает ведение детей в послеоперационном периоде, а также уменьшает необходимость реинтубаций трахеи. Метод хорошо зарекомендовал

себя у детей с тяжелым сопутствующим органическим поражением центральной нервной системы и грубой задержкой психомоторного развития.

46. Свечение участков тонкой кишки в высокочастотном электромагнитном поле

Колесников Е.Г., Тараканов В.А., Стрюковский А.Е., Барова Н.К.
Краснодар

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Кубанский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Цель: выяснение возможности дифференциальной диагностики паранекроза и некробиоза участков кишки по параметрам их свечения в высокочастотном электромагнитном поле.

Материалы и методы. Работа состояла из двух частей - экспериментальной и клинической. Эксперимент выполнен на 30 беспородных кошках, которым под общим наркозом вскрывали брюшную полость, определяли локализацию и протяженность сегмента тонкой кишки, участвующего в эксперименте. В контрольной группе (n=30) для исследования брали полнослойный участок подвздошной кишки длиной 1 см с последующей герметизацией дефекта. Далее перевязывали сосуды терминального отдела подвздошной кишки. У первой группы кошек (n=16) через 6 часов макроскопические изменения участков кишки, лишенных кровоснабжения, идентифицировали как паранекроз и резецировали. Полученный материал помещали на газоразрядную камеру КЭЛСИ (МП «ЭЛСИС» г. Санкт-Петербург»), создающую высокочастотное электромагнитное поле (1024 Гц) и снимали avi фильм, определяя яркость свечения, спектр длин волн и площадь свечения. Затем изготавливали гистологические препараты тонкой кишки с последующим их исследованием. У второй группы кошек (n=14) через 12 часов макроскопические изменения кишки соответствовали некрозу. Алгоритм исследования был такой же. Клиническая часть наблюдений проводилась на новорожденных (n=16) в возрасте 3÷37 дней, страдающих некротическим энтероколитом II-III степени. Во время оперативного вмешательства брались биоптаты пораженных отделов тонкой кишки. Газоразрядную визуализацию материала осуществляли в течение 15 секунд сканером КЭЛСИ. Свечение сканировалось, увеличивалось встроенным в сканер микроскопом, регистрировалось фото-телекамерой (до 1000 кадров/сек; разрешающая способность 2048x1536) и анализировалось на ПК. Программа воспроизводила изображение на экране монитора в виде снимков и видеоролика, строила гистограммы яркостей свечения и гистограммы длин волн. Далее материал отправляли на гистологическое исследование. Все полученные сведения обрабатывали при помощи компьютерной программы «STATISTIKA 6,0».

Результаты и обсуждение. В эксперименте биоптаты здоровых участков тонкой кишки кошек в высокочастотном электромагнитном поле светились только по краям. Биоптаты паранекротических участков, наряду с краевым, имели еще и внутреннее свечение, визуализировавшееся в толще кишки. Общая яркость свечения превышала таковую биоптатов здоровых участков на 7,1%. Гистограмма длины волн свечения участков кишки с паранекрозом имела максимум в диапазоне более длинных волн. Там же находилась медиана длины волн свечения, которая на 19,1% превышала таковую свечения биоптов здоровых участков. Некротические ткани кишки кошки в высокочастотном электромагнитном поле светились и по краям, и в толще кишки. Гистограмма яркости свечения имела двугорбый характер: один горб отражал краевое свечение, а другой – внутреннее. При этом общая яркость свечения превышала таковую паранекротических участков на 40,7%. Изучение биоптатов тонкой кишки новорожденных детей, страдающих НЭК, выявило корреляцию с полученными

экспериментальными данными. В участках паранекроза и некробиоза в высокочастотном электромагнитном поле, наряду с краевым, наблюдалось и внутреннее свечение. На поздних стадиях некроза (аутолиз) оно исчезало. При некробиозе площадь внутренних очагов свечения на 79,4% была больше, чем при паранекрозе; общая яркость свечения превышала таковую на 19,5%; наибольшая яркость свечения была интенсивнее аналогичной на 16,4%. Диапазон длины волн свечения участков некробиоза превосходил таковой на 4,9%; медиана диапазона длины волн свечения участков некробиоза на 14,0% превышала медиану диапазона длины волн свечения участков паранекроза.

Заключение. Проведенные клиничко-экспериментальные исследования позволили выявить закономерности свечения здоровых и патологически измененных участков кишечника. В некробиотически измененных тканях наряду с краевым возникает и внутреннее свечение. При переходе паранекроза в некроз зона внутреннего свечения увеличивается и это сопровождается повышением яркости свечения биоптата и смещением диапазона свечения в сторону большей длины волны. Паранекротические изменения участков стенки кишки и начальная стадия некроза протекают с высвобождением энергии. Это высвобождение энергии, по-видимому, усиливается высокочастотным полем, что и проявляется очагами свечения в этих участках. Можно допустить, что при парабиотических изменениях в стенке кишки выделение клеточной энергии меньше, чем при некробиозе. На основании разной интенсивности свечения создается возможность определения границы паранекроза и гибели участка кишки. Последний подлежит удалению.

47. Комплексная терапия в лечении легочных форм острой деструктивной пневмонии у детей

Барова Н.К.^{1,2}, Тараканов В.А.^{1,2}, Убилава И.А.², Колесников Е.Г.^{1,2}
Краснодар

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Детская краевая клиническая больница» Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Кубанский государственный медицинский университет»

Актуальность. Согласно данным литературы и Роспотребнадзора заболеваемость острой пневмонией имеет тенденцию к росту по всей территории Российской Федерации. Из всех заболевших острой пневмонией от 10 до 15% протекают с формированием деструкции легочной ткани. Характер, распространенность, локализация внутрилегочного патологического процесса при этом имеют ведущее значение в выборе лечебной тактики.

Цель. Улучшение результатов лечения детей с легочными формами острой деструктивной пневмонии.

Материалы и методы. Располагаем опытом лечения 89 детей с легочными формами острой деструктивной пневмонии в острой фазе воспаления в возрасте от 0 до 17 лет. Период исследования – 2004-2018гг. С целью верификации диагноза нами использованы следующие основные методы диагностики: анамнез, данные объективного статуса, лабораторно-инструментальные методы исследования (Rg-графия и МСКТ органов грудной клетки, УЗИ плевральной полости и легких). Структура выявленных внутрилегочных поражений распределилась следующим образом: дети с мелкоочаговой и буллезной формой деструкции 51(57,3%) – пролечены консервативно. Дренирующийся через бронх абсцесс 22 (24,7%) – лечение консервативное с этапными ФБС. Кратность применения ФБС формировалась согласно клиничко-рентгенологической и эндоскопической картине в динамике. Периферический абсцесс легкого – 16 (17,9%) – выполнены пункция, дренирование под ультразвуковым контролем. При диаметре абсцесса более 7 см. произведена видеоторакоскопия с ультразвуковой кавитацией полости – 7 случаев. Комплексная интенсивная терапия включала в себя антибактериальную, дезинтоксикационную, противогрибковую,

бронхомуколитическую, антикоагулянты, симптоматическую. Применялась у всех пациентов. По показаниям использовали респираторную поддержку и экстракорпоральные методы детоксикации.

Результаты. Комплексность многокомпонентной терапии и дифференцированный подход в лечении позволили достичь у всех пациентов клинического выздоровления, подтвержденного лучевыми методами исследования. Применение ультразвуковой кавитации позволило ещё интраоперационно добиться эффективного отторжения некротических масс с формированием оптимальных условий для расправления полости абсцесса легкого при его периферическом расположении. Клинически это выражалось в более быстром купировании интоксикационного синдрома ($p < 0,001$) и регрессе дыхательных расстройств ($p < 0,001$).

Выводы. Выбор тактики ведения детей с легочными формами острой деструктивной пневмонией определяется установленной формой поражения. Преимущественное большинство легочных форм не требует хирургического лечения. Видеоторакоскопическая санация в сочетании с ультразвуковой обработкой является по нашим данным наиболее эффективным методом лечения абсцессов легких более 7 см. в диаметре при их периферическом расположении.

48. Батарейки таблеточного типа в пищеводе у детей

Багновский И.О., Бабич И.И.

Ростов-на-Дону

ФГБОУ ВО "Ростовский государственный медицинский университет" Минздрава
России

Актуальность: в последнее время возросло количество пациентов, поступающих в хирургические стационары с «агрессивными» инородными телами - дисковыми батарейками, которые, проходя по пищеварительному тракту, способны останавливаться на различном уровне. Особо хочется отметить наиболее опасную локализацию инородных тел – пищевод. Электрохимический ожог в пищеводе возникает быстрее, чем в других отделах желудочно-кишечного тракта, так как в данном случае наблюдается более плотный контакт слизистой пищевода с батарейкой, обилие слюны и секрета в просвете ввиду гиперсаливации. Поражение слизистой оболочки пищевода обусловлено электротравмой и воздействием содержимого батарейки, высвобождающегося при ее разрушении, – щелочного электролита (окиси ртути, серебра, цинка, лития), концентрация которого повышается за время экспозиции, что может привести к некрозу.

Цель исследования: выявить взаимосвязь между мощностью проглоченных батареек таблеточного типа и степенью деструктивных изменений слизистой пищевода.

Материалы и методы: под нашим наблюдением находилось 16 пациентов с дисковыми батарейками в пищеводе. У 12-ти (75%) детей инородные тела локализовались в верхней трети пищевода. 3 (18,75%) ребенка были с батарейками в средней трети пищевода. В 1-м (6,25%) случае инородное тело находилось в нижней трети пищевода. Возраст пациентов колебался от 8 месяцев до 4 лет. Время нахождения инородного тела в пищеводе колебалось от 2 до 9 часов. Паспортная мощность батареек данного типа составляла 3v (вольт). Измерение силы (вольтажа) батареек производили после их удаления из пищевода при помощи прибора – мультиметра цифровой серии DT 830B «ТЕК», Швейцария.

Результаты: всех пациентов с проглоченными батарейками мы разделили на три группы в зависимости от времени с момента проглатывания и до удаления инородного тела: I группа – время нахождения инородного тела в пищеводе 0-3 часа - 6 (37,5%) пациентов. В данной группе ожог слизистой пищевода I степени, представленный гиперемией слизистой, выявлен у 4-х (25%) пациентов. При этом вольтаж батареек не превышал 0,7v. Ожог II степени, представленный эрозивным дефектом, наблюдался у 2-х (12,5%) детей. Мощность батареек соответствовала 1,4v и 1,6v. II группа –

продолжительность нахождения батарейки в пищеводе 4-6 часов - 7 (43,75%) пациентов. В данной группе ожог слизистой пищевода I степени выявлен у 2-х (12,5%) пациентов. Вольтаж батареек был 0,2v и 0,3v. Ожог II степени наблюдался у 4-х (25%) детей. Мощность батареек варьировалась в диапазоне 1,1- 1,5v. Ожог III степени, представленный эрозивно-язвенным процессом слизистого и мышечного слоев, выявлен в 1-м (6,25%) случае. Мощность батарейки соответствовала 2,6v. III группа - время нахождения инородного тела в пищеводе 7- 9 часов - 3 (18,75%) пациента. У пациентов данной группы были выявлены ожоги II-III степени. II степени - 2 (12,5%) пациента, вольтаж батареек соответствовал 0,9v и 1,1v. Тяжелый ожог III степени с некрозом слизистого и мышечного слоев наблюдался у 1 (6,25%) ребенка. При этом мощность батарейки была 2,4v. Стоит отметить, что ни в одном случае разрушения корпуса батареек с выходом электролита выявлено не было.

Вывод: анализируя полученные результаты, можно сделать вывод о том, что степень деструкции слизистой оболочки находится в прямой зависимости от мощности батарейки и времени контакта с агрессивным инородным телом.