

АЛЬМАНАХ

Института Хирургии
имени А.В.Вишневого



№3 2017

АЛЬМАНАХ

Института хирургии
имени А.В. Вишневского

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

№3 2017

ТЕЗИСЫ

ВТОРОГО СЪЕЗДА ХИРУРГОВ УРАЛА

г. Екатеринбург
7-8 декабря 2017 г.

1. ОПТИМИЗАЦИЯ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ПЕРИОДА БОЛЬНЫХ ТЯЖЕЛЫМ ПЕРИТОНИТОМ ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ МИНИИНВАЗИВНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ И ФИЗИОТЕРАПЕВТИЧЕСКИХ СПОСОБОВ ЛЕЧЕНИЯ

Салахов Е.К.

Набережные Челны

ГАУЗ "Менделеевская ЦРБ"

Поиск путей повышения эффективности лечебных мероприятий при перитоните постоянно совершенствуется. В настоящее время положительные результаты применения лазерного излучения в хирургической практике являются доказанным фактом. Несомненным преимуществом лазерного облучения перед другими методами санации служит то, что фотодинамическое повреждение носит локальный характер, а бактерицидный эффект ограничивается зоной лазерного облучения, это позволяет избежать многих побочных эффектов, наблюдаемых, например, при антибактериальной терапии. При перитоните лазерное облучение может быть использовано для облучения крови, для чрескожного, так и для непосредственного воздействия на органы брюшной полости. Оценивали эффективность миниинвазивных технологий и физиотерапевтических методов при лечении больных распространенным перитонитом. Анализ подвергнуты результаты хирургического лечения 72 пациентов с перитонитом в возрасте от 20 до 71 года, находившихся на лечении в период с 2010 по 2017 г. В зависимости от хирургической тактики ведения послеоперационного перитонита пациенты были разделены на две группы. Основную группу составили 35 пациентов, которые нуждались в программируемых санациях брюшной полости после первичной операции. В основной группе преобладали женщины: 24 (68,57%). Средний возраст пациентов составил $44,2 \pm 4,5$ лет. Средняя оценка Мангеймского перитонеального индекса (МПИ) составила $23,7 \pm 2,4$ балла. Помимо проведения необходимых этапных санаций, им в ходе релапаротомии после промывания брюшной полости растворами антисептика в брюшную стенку вшивали рассеивающую линзу, которая обладает конструкционной способностью изменять свое расположение вокруг оси, тем самым изменять угол направления светового потока. Через неё на органы брюшной полости воздействовали лазерным лучом длиной волны 660 ± 10 нм, генерируемой светодиодным медицинским аппаратом ЛАТУС-Т «Маска» (ООО «Аткус», С-Пб). Время экспозиции 100-120 с на каждую область при выходной мощности излучения в непрерывном режиме 0,2 Вт/см² (плотностью энергии от 20 до 25 Дж/см²). Блок светодиодов располагали над операционным полем на расстоянии 40-50 см. Количество проведенных процедур облучения колебалось от 8 до 10. Максимальное количество проведенных санаций составило – 4. Среднее количество – $2,5 \pm 0,6$. В контрольную группу вошли 42 пациента, которым после первичной лапаротомии выполняли программированные релапаротомии. Среднее количество проведенных релапаротомий – $2,4 \pm 0,4$. В гендерном аспекте в контрольной группе так же, как и в основной, преобладали женщины - 28 человек (66,67%) ($\chi^2=0,032$, $p=0,859$). Средний возраст пациентов составил – $43,3 \pm 4,7$ лет ($p>0,05$). Оценка Мангеймского перитонеального индекса показала, что средний показатель в контрольной группе практически не отличался от основной и составил $23,9 \pm 2,6$ балла ($p=0,703$). С целью объективной оценки эффективности лечения проведено наблюдение за такими показателями как общее состояние больного, динамика

температуры тела, состояние сердечно-сосудистой и других жизненно важных систем организма. В динамике осуществлялся контроль за формулой крови и рядом биохимических показателей. Исследование стандартных гематологических и биохимических показателей проводили на анализаторе ФП (Финляндия) и по общепринятым методикам. Для оценки степени синдрома эндогенной интоксикации и эффективности проводимой детоксикационной терапии проводили подсчет лейкоцитарного индекса интоксикации (ЛИИ). Дополнительно осуществлён расчет койко-дней и послеоперационной летальности. До операции в обеих группах выявлен рост ЛИИ, подтверждающий наличие выраженной эндогенной интоксикации. В основной группе на 5-е сутки после операции отмечена нормализация ЛИИ в основной группе, в группе сравнения показатель стабилизировался к 10 суткам. Так же отмечены достоверные различия между группами в динамике лимфоцитов – к 5-м суткам у пациентов, дополнительно получавших лазерную терапию, наблюдалась нормализация показателя, в то время как в группе сравнения на этом сроке отмечалась лимфоцитопения. К 10-му дню в группе сравнения среднее значение показателя только приблизилось к нормативным значениям, но так и не достигло их. Статистически значимых различий в динамике содержания гемоглобина и лейкоцитов у пациентов основной и контрольной групп не обнаружено. В целом отмечена более быстрая динамика восстановления показателей работы печени у пациентов основной группы. Развитие патологического процесса в брюшной полости привело также к нарушению функции почек, росту уровня мочевины крови до $12,4 \pm 0,9$ ммоль/л ($P = 0,788$) в контрольной группе и до $12,0 \pm 0,9$ ммоль/л в основной группе. Нормализация показателя наступила в основной группе на 5-е сутки, в контрольной – ближе к 10. Параллельно регистрировалось при поступлении повышенная концентрация креатинина крови до $120,9 \pm 17,5$ ммоль/л в группе сравнения и $123,5 \pm 13,2$ ммоль/л – в основной ($p = 0,565$). Нормальный уровень креатинина у большинства пациентов в обеих группах наблюдался к 5-му дню. Достоверных различий в динамике показателя МСМ в обеих группах не выявлено. Активность ЦИК на 8-10-е сутки снизилась в основной группе с $0,070 \pm 0,003$ до $0,019 \pm 0,001$, в группе сравнения – с $0,071 \pm 0,003$ до $0,020 \pm 0,001$. Поскольку нарушение моторной деятельности желудочно-кишечного тракта сопровождает практически каждое оперативное вмешательство на органах брюшной полости, нами так же были оценены сроки восстановления моторики кишечника. Несмотря на отсутствие достоверных различий, была выявлена тенденция к снижению этих сроков у пациентов основной группы – $2,6 \pm 0,8$ дней против $3,2 \pm 0,7$ дней у больных контрольной группы, $p > 0,05$. Показатель послеоперационной летальности в основной группе составил 17,14% (умерло 6 больных), а в группе сравнения – 28,57% (12 человек), однако выявленные различия не были статистически значимыми ($\chi^2 = 1,392$, $p = 0,238$). Исследование количества койко-дней показало, что пациенты группы сравнения провели в стационаре достоверно больше времени по сравнению с пациентами основной группы – $23,3 \pm 1,2$ и $17,6 \pm 2,2$ дня соответственно ($p = 0,023$). Проблема лечения острого распространённого перитонита до настоящего времени не утратила своей актуальности, что связано с высокой летальностью пациентов. На современном этапе развития хирургии именно санации брюшной полости отводится ведущая роль в комплексе лечебных мероприятий. Критериями эффективности лазеротерапии при перитоните, по мнению большинства авторов, являются: общее состояние больного, биохимические показатели крови (АсАт, АлАт, уровень средних молекул, ЦИК, мочевины, динамика ЛИИ), сроки восстановления моторики кишечника, динамика иммунограммы, частота и количество послеоперационных осложнений, летальность,

сокращение сроков пребывания в стационаре. В проведенном нами исследовании на фоне патогенетически направленных лечебных мероприятий при перитоните у большей части пациентов основной группы к 5-м суткам послеоперационного периода наблюдалось уменьшение проявлений эндогенной интоксикации. Подобные эффекты были отмечены и в проведенных ранее исследованиях. Авторы склонны объяснять их тем, что усилением использования лазерных методов лечения потенцирует эффект всех применяемых способов детоксикации – от форсированного диуреза до сложных экстракорпоральных методик очищения крови. Ещё один ряд эффектов лазеротерапии, описанный в литературе – это способность активизировать кислород-транспортную функцию крови и тканевое дыхание, ликвидировать периферический сосудистый спазм, стимулировать образование новых капилляров, нормализовывать реологические свойства крови и восстанавливать равновесие между свертывающей и противосвертывающей системами. Все указанные процессы оптимизируют тканевой метаболизм, о чем свидетельствует положительная динамика основных ферментов крови. Данная динамика была отмечена и в нашем исследовании. По данным литературы, у пациентов с перитонитом после проведения лазеротерапии отмечается снижение таких госпитальных показателей, как летальность и уменьшение количества койко-дней. В нашем исследовании действительно было зафиксировано снижение сроков пребывания пациентов в стационаре, а вот достоверных различий по частоте смертельных случаев в основной и контрольной группах не выявлено, что мы склонны объяснять небольшой выборкой. Хороших результатов удалось достигнуть в том числе и благодаря комплексному подходу к терапии, в частности измерение ВБД позволило выявить пациентов, нуждающихся в срочной его декомпрессии. Своевременное проведение данных мероприятий, безусловно, повысило число положительных исходов при перитоните. При использовании лазерного облучения отмечено более быстрое купирование симптомов эндогенной интоксикации. В основной группе нормализации ЛИИ наблюдалась на 5-е сутки, в то время как в группе сравнения показатель стабилизировался только к 10-м суткам. В основной группе содержание лимфоцитов так же пришло в норму на 5-е сутки, в то время как в группе контроля даже на 10-й день оно не достигло референсных значений. Оценка показателей работы печени, таких как АлАТ, АсАТ, щелочная фосфатаза, билирубин, альбумин показала, что у пациентов, в лечебный комплекс которых входила лазерная терапия, уже на 3-й день отмечались достоверно более благоприятные показатели. Применение лазерной терапии в комплексном лечении пациентов с распространённым перитонитом способствует сокращению времени пребывания пациентов в стационаре: $17,6 \pm 2,2$ койко-дня у пациентов основной группы против $23,3 \pm 1,2$ койко-дня в группе сравнения ($p=0,023$). Таким образом, предлагаемый нами подход к ведению пациентов с тяжелым перитонитом способствует более благоприятному течению послеоперационного периода, быстрой нормализации гомеостазиологических показателей, уменьшению количества койко-дней, что позволяет его рекомендовать для широкого внедрения в хирургическую практику.

2. ГАСТРОИНТЕСТИНАЛЬНЫЕ СТРОМАЛЬНЫЕ ОПУХОЛИ В НЕОТЛОЖНОЙ АБДОМИНАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ

Гидирим Г.П.(1), Мишин И.В.(1), Чернат М.В.(2), Георгица В.А. (1)

Кишинев, Республика Молдова

1) Кафедра хирургии № 1 им. Николая Анестиади, Лаборатория гепато-панкреато-билиарной хирургии, Государственный Университет Медицины и Фармации им. Николая Тестемицану, Институт Ургентной Медицины, 2) Отдел торако-абдоминальной хирургии, НИИ онкологии,

Актуальность: Гастроинтестинальные стромальные опухоли (ГИСО) относятся к наиболее часто встречаемым мезенхимальным опухолям данной локализации и составляют 1-3% от всех опухолей желудочно-кишечного тракта. Цель исследования: оценка результатов хирургического лечения ГИСО в неотложной хирургии. Материалы и методы: Проведен ретроспективный анализ базы данных 102 случаев ГИСО (c-kit/CD117+), оперированных в двух хирургических клиниках с 2007 по 2014 гг. Критерии включения в исследование – осложнения (кровотечение, обтурация и перфорация), как первичные манифестации ГИСО. Результаты: Установлено 24(23.5%) случая ГИСО, отвечающих критериям включения в исследование. Распределение по полу: 16(66.7%) женщин и 8(33.3%) мужчин; средний возраст – 57.7±2.8 лет (95% CI:51.91–63,42). Локализация ГИСО: желудок (n=11, 45.8%), двенадцатиперстная кишка (ДПК) – 2(8.4%), тощая и подвздошная – 11(45.8%). Осложнения ГИСО: кровотечения (n=17, 70.8%), перфорации (n=4, 16,7%) и обтурации (n=3, 12.5%). Отдаленные метастазы на момент госпитализации – 2(8.3%) случая. Объем оперативного вмешательства: резекция желудка – 5(20.8%), гастротомия с иссечением опухоли – 4(16,6%), сегментарная резекция желудка – 1(4,2%), гастрэктомия – 1(4,2%), сегментарная резекция ДПК – 2(8,3%), резекция тощей/подвздошной кишки – 11(45.82%). Средний размер опухоли составил 9.2±1.37 см (95% CI:6.38–12.08), причем ГИСО с размером ≤5 см vs. >5 см – 8(33.3%) vs. 16(66.7%) (p<0.05). Гистопатологическое исследование ГИСО: веретенноклеточный тип (n=17, 70.8%), эпителиоидный (n=3, 12.5%) и смешанный (n=4, 16.7%). При иммуногистохимическом исследовании ГИСО установлена позитивная экспрессия: CD117 – 24(100%), CD34 – 20(83.3%), виментин – 23(95.8%), десмин – 5(20.8%), S100 – 7(29,2%), SMA – 13(54.2%) и NSE – 4(16.7%). Пролиферативная активность: Ki-67>10% (n=5, 27.8%), Ki-67<10% (n=18, 72.2%). Прогрессирование опухолевого процесса в отдаленном послеоперационном периоде – 2(8,3%) случая. Комбинированное лечение (хирургическое + иматиниб 400 мг/сут.) – 9(37.5%) случаев. Выводы: Отмечается увеличение частоты ГИСО в неотложной абдоминальной хирургии. Удаление ГИСО с морфологически негативными краями резекции (R0) должно рассматриваться как стандартный объем хирургического вмешательства в т.ч. в неотложной абдоминальной хирургии.

3.ЭНДОВИДЕОСКОПИЧЕСКИЕ ТЕХНОЛОГИИ В ЭКСТРЕННОЙ ХИРУРГИИ

Джумабеков А.Т., Артыкбаев А.Ж., Еркін?лы А., Жарменов С.М., Жораев Т.С.

Алматы, Республика Казахстан

Казахский медицинский университет непрерывного образования

Цель исследования - улучшение результатов хирургического лечения с применением лапароскопической техники при наиболее распространенных острых хирургических заболеваниях живота. Материал и методы: За период с 2010 по 2016 годы нами в Центральной городской клинической больнице г. Алматы выполнено 5398 эндовидеохирургических вмешательств пациентам с неотложными хирургическими заболеваниями, такие как: холецистэктомии, аппендэктомии, устранение острой спаечной кишечной непроходимости, санация и дренирование сальниковой сумки при панкреонекрозе, лапароскопические герниопластики, резекционные операции на кишечнике, торакоскопические операции при травмах и ранениях органов грудной клетки, спонтанном пневмотораксе, гинекологические операции на органах малого таза. С острым калькулезным холециститом выполнено 2134 холецистэктомий. При этом в 63 случаях произведен переход на лапаротомию в связи с необходимостью ревизии общего желчного протока и выраженного воспалительно-инфильтративного процесса в гепатодуоденальной зоне. Осложнения наблюдались у 76 (3,56 %) больных. Интраоперационные осложнения отмечены у 42 (1,96 %) пациентов (кровотечение из пузырной артерии - 5 (0,23%), повреждение гепатикохоледоха - 5 (0,37 %) (коагуляционный некроз - 2 (0,09 %) и перфорация гепатикохоледоха - 3 (0,14 %), перфорация желчного пузыря - 13 (0,6 %), повреждение печени - 11 (0,51%), десерозирование тонкой кишки - 8 (0,37%)). Послеоперационные осложнения развились у 23 (1,07%) больных (кровотечение - 4 (0,18%), подпеченочный абсцесс - 3 (0,14%), желчеистечение - 10 (0,46 %), нагноение троакарных ран - 5 (0,23 %), тромбоэмболия легочной артерии- 1 (0,04%)). С диагностической целью выполнено 1328 эндовидеохирургических вмешательств. Эндовидеохирургия позволила избежать выполнения лапаротомии у 433 (32,6%) пациентов с подозрением на острый живот и торакотомии у 37 (2,8%) пациентов с травмами и ранениями органов грудной клетки. Во время выполнения диагностической лапароскопии при подтверждении диагноза острого аппендицита производим видеолапароскопическую аппендэктомию. Лапароскопическая аппендэктомия выполнена у 1842 больных с различными формами острого деструктивного аппендицита. Формирование культи червеобразного отростка осуществлялось лигатурным способом с использованием петли Редера. На начальном этапе внедрения лапароскопической аппендэктомии встречались осложнения в виде инфильтрата послеоперационной раны 11 (0,6%). Видеолапароскопия выполнена у 75 больных с острой спаечной кишечной непроходимостью. В экстренном порядке оперированы 46 (61,3%) больных, остальные - оперированы в отсроченном порядке. Среди пациентов со спаечной кишечной непроходимостью у 27 в анамнезе были оперативные вмешательства на органах брюшной полости. Переход на лапаротомию осуществлен у 9 (12%) больных по разным причинам: ввиду массивного спаечного процесса у 4 больных, резкого вздутия петель кишечника у 3, из-за некроза кишки у 2 больного. Из резекционных операции на кишечнике нами выполнено 19 операции, из них 8 по поводу аденокарциномы сигмовидной кишки и 11 с опухолями ректосигмоидного отдела. Во всех случаях анастомозы накладывали

одноразовыми сшивающими аппаратами. Результаты: При анализе результатов применения видеолапароскопии установлено, что средняя длительность пребывания в стационаре больных с острым холециститом составила 7,6 дня, острым аппендицитом 3,2 дня, панкреонекрозом $14 \pm 1,92$ дня.

4. ПУТИ УЛУЧШЕНИЯ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ НЕКРОТИЗИРУЮЩЕГО ЭНТЕРОКОЛИТА У НЕДОНОШЕННЫХ, МАЛОВЕСНЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ

*Аксельров М.А.(1,2), Емельянова В.А.(2), Сергиенко Т.В.(2), Супрунец С.Н.(1,2),
Мальчевский В.А.(1,3), Хрупа Д.А.(1,3)*

Тюмень

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

Актуальность. Несмотря на развитие неонатологии некротизирующий энтероколит новорожденных остается одной из самых сложных проблем, так как летальность, даже в ведущих клиниках, держится на уровне 30-40%, а при обширном поражении достигает 80-100%. Совершенствование технологий выхаживания детей с экстремально-низкой массой тела при рождении ведет к увеличению числа пациентов страдающих некротизирующим энтероколитом. Дети с низкой и экстремально-низкой массой тела не выдают классическую картину некроза кишки и перитонита, что часто приводит к поздней консультации детским хирургом, в состоянии уже развившихся терминальных осложнений. Материалы и методы. У 5 новорожденных поступивших в нашу клинику с диагнозом некротизирующий энтероколит мы, в качестве одного из этапов хирургического лечения применяли лапароскопию. Это были недоношенные дети, родившиеся в сроке гестации с 26 по 31 неделю и массой тела от 870 до 1670 грамм. Некроз и перфорации в кишечнике у детей возникали в период от 3 до 17 суток после рождения. Результаты и обсуждения. Всем детям при установке диагноза НЭК измеряли внутрибрюшное давление (в мочевом пузыре), у трех из них отмечалось выраженное повышение внутрибрюшного давления. С целью снижения интраабдоминальной гипертензии им на этапе перинатального центра, проводилась пункция и последующее дренирование брюшной полости. По дренажу как такового патологического отделяемого не было. После перевода в стационар сохранялись сомнения в причине тяжелого состояния у всех детей. Назначалась симптоматическая и антибактериальная терапия. У всех пяти несмотря на терапию, даже у тех кому проведено выполнение лечебно-декомпрессионного лапароцентеза, сомнения в НЭК оставались, что и побудило нас выполнить осмотр брюшной полости. Лапароскопия проводилась в условиях операционной. Использовали стойку и 3 мм инструменты фирмы Karl Storz. У одного из детей при лапароскопии не было выявлено перфорации. Операция была закончена санацией. Двум пациентам была выполнена резекция

участка некротизированной кишки из мини-доступа. У двух пациентов потребовалась стандартная срединная лапаротомия. Все пациенты после имели благополучный исход лечения. Выводы. Из-за особенностей, у глубоко недоношенных детей, некротизирующий энтероколит протекает не типично. Традиционная диагностика порой занимает много времени. Лапароскопия позволяет осмотреть брюшную полость, определиться с характером и объемом поражения. А в случае необходимости конверсии, есть возможность обойтись мини-лапаротомией. Мы считаем данный подход прогрессивным и требующим дальнейшего использования и совершенствования.

5. РЕДКИЙ СЛУЧАЙ ГАНГРЕНЫ ФУРЬЕ, ОСЛОЖНЕННОЙ ПЕРИТОНИТОМ

*Малюга В.Ю.(1), Тарунтаев Н.В.(1), Кисляков В.А. (1), Кравченко К.В.(1),
Комарова М.В.(1), Гогичашвили В.В.(1), Захаров А.Н.(1), Леонович А.М. (1),
Чиназирова М.А.(1), Артемьев А.А.(2), Борисов А.И.(1), Воробьев Г.С. (1).*

Москва

ГБУЗ ГКБ им А.К. Ерамишанцева ДЗМ(1), ГБОУ ВПО МГМУ им. И.М.Сеченова МЗ РФ(2).

Актуальность: За последнее десятилетие заболеваемость ГФ выросла, по разным оценкам, в 2,2 – 6,4 раза, что связано с увеличением количества иммуноскомпромитированных пациентов, бактериальной устойчивостью к антибактериальным препаратам старого поколения и наличием социального фактора населения. С 1950 по 2016 г. в литературе описано около 3500 случаев. Течение ГФ сопровождается высокой летальностью, которая варьирует от 24% до 88% [Алиев С.А., Алиев Е.С, Зейналов В.М., 2014, Егоркин М.А. ,2012, Al Shukry S., Ommen J. ,2013, Martinschek A, et al, 2012] . Цель: Показать результат комплексного лечения гангрены Фурье, осложненной перитонитом. Результат: пациент Ш., 53 лет, поступил 9.10.16 г. в приемное отделение хирургического стационара с жалобами на умеренную боль внизу живота, наличие болезненного образования в перианальной области справа, боли и отек мошонки больше слева. В течение 9 суток отмечал повышение температуры тела до 38-39 С. Нарастали боли в промежности, в области ануса. Занимался самолечением: применял спазмолитики и анальгетики. На вторые сутки - отёчность и боль в области мошонки. На 3-е сутки появился болезненный инфильтрат в перианальной области справа. Начал принимать антибиотик – название не помнит. На область мошонки и промежность применял ихтиоловую мазь. Состояние тяжелое с клинической картиной интоксикации, подтвержденной лабораторными методами исследования. В перианальной области, на мошонке, больше справа - инфильтрация тканей, гиперемия, местами участки подкожных некрозов. Самопроизвольно возникшие с обеих сторон 2-е раны размерами до 2,0 см, неправильной формы с гноетечением и резким коллибацилярным запахом. Отек с промежности переходит на мошонку и пенис. При пальпации резкая болезненность. В правой паховой области и над лоном с обеих сторон неограниченная зона инфильтрации до 12,0 см, локальная гиперемия,

флюктуации нет. Крепитации не выявлено. По результатам клинической картины, инструментальных и лабораторных методов диагностики выставлен диагноз: гангрена Фурнье. Предоперационная подготовка в ОРИТ. Операция в экстренном порядке. Произведено вскрытие и дренирование некротической флегмоны промежности, мошонки, передней брюшной стенки. На вторые сутки - прогрессирование гнойно-некротического процесса с развитием клиники перитонита. Лапароскопия. Конверсия. Лапаротомия. Зоны некроза и флегмона прямой кишки. Мутный выпот. Низкая передняя резекция прямой кишки. Выведение десцендостомы. Санация. Дренирование брюшной полости. Этапная вторичная хирургическая обработка ран на промежности, мошонке, передней брюшной стенке. Тяжелое течение послеоперационного периода. Обострение двухстороннего диффузного бронхита, развитие эрозий трахеи, двухсторонней пневмонии. На 4 сутки выполнена трахеостомия для продленной ИВЛ. Выполнялись лечебно-диагностические бронхоскопии. Выполнялись программные релапаротомии с санацией брюшной полости и этапные вторичные хирургические обработки ран промежности, мошонки, передней брюшной стенки при помощи вакуум - ассистированной системы и аппарата Versaget. Положительная динамика течения раневого процесса в условиях ОРИТ и на десятые сутки был переведен в отделение гнойной хирургии. Продолжена консервативная терапия с применением в местном лечении современных высокотехнологических перевязочных средств. От пластического закрытия ран пациент отказался. Заживление вторичным натяжением. На двадцатые сутки пациент был выписан из стационара. Заключение: Комплексное хирургическое с применением в местном лечении высокотехнологичных аппаратов и современных перевязочных средств позволили достичь благоприятного исхода для пациента. В доступной литературе описания аналогичного случая мы не нашли.

6. РЕЦИДИВЫ ДЕСТРУКТИВНЫХ ПОРАЖЕНИЙ ПРИ СИНДРОМЕ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ: РЕЗУЛЬТАТЫ КОМПЛЕКСНОГО СБЕРЕГАЮЩЕГО ЛЕЧЕНИЯ

Кисляков В.А.

Москва, Астрахань

ГБУЗ ГКБ им А.К. Ерамишанцева ДЗМ, Москва, ГБОУ ВПО АГМУ МЗ РФ, Астрахань

Введение: По литературным данным, рецидивы деструктивных поражений после выполненных органосохраняющих операций составляют от 64 до 86% и высокие ампутации выполняются до 91,7%, высокой летальностью. Цель: оценка результатов лечения пациентов с рецидивами деструктивных поражений при синдроме диабетической стопы (РДП СДС). Материал и методы: Сравнили результаты лечения 300 пациентов: 150 – группа исследования и 150 группа сравнения. Для группы исследования разработана схема консервативного до- и послеоперационного лечения, выработана берегающая тактика. Исследуемая группа: в возрасте до 45 лет – 9 (6%) больных, 45 – 60 лет – 52 (34,7 %), 60 - 74 лет – 89 (59,3 %); мужчин

- 23 (15,3 %), женщин – 127 (84,7%). РЯГНПо нейроишемической СДС наблюдались у 94(62,7%) пациентов с сахарным диабетом (СД) 1 типа в 2(2,2%)случаях, а СД 2 типа в 92(97,8%). РЯГНПо нейропатической СДС наблюдались у 56 (37,3%) пациентов и СД 1 типа в 9(16,1%) случаях, а СД 2 типа в 47 (83,9%). Группа сравнения: в возрасте до 45 лет – 10(6,6%)больных, 45 – 60 лет –50(33,7 %), 60 - 74 лет – 90 (59,7 %); мужчин - 25 (16,7 %), женщин – 125 (83,3%). Длительность СД в 128 (85,1%) случаев - более 10 лет, менее 10 лет – 22(14,9%). РЯГНО нейроишемической СДС наблюдались у 79(53%)пациентов: СД 1 типа в 3(3,8%)случаях, а СД 2 типа в 76 (96,2%). РЯГНПо нейропатической СДС наблюдались у 71 (47%)пациента: СД 1 типа в 12 (16,6%) случаях, а СД 2 типа в 59 (83,4%). Средний возраст в обеих группах ? 58,3±14,7 лет. Средняя продолжительность СД в обеих группах- 17,3±8,6 лет. Результаты и обсуждение: В исследуемой группе РДП СДС нейроишемической формы, уменьшилось количество высоких ампутаций с 67(84,8%) до 24(25,5%) - на 43(59,3%), причем из них 5(5,3%) ампутаций на уровне голени, т.е. операции на более низком уровне. Была выполнена 21(21,4%) реваскуляризирующая остеотрепанация с операцией на стопе. Увеличилось число операций по закрытию ран местными тканями с 4(5,4%) до 22(23,4%) – на 18(18%), аутодермопластик до 8(8,5%). При анализе оперативного лечения РДП СДС нейропатической формы в группе исследования отмечен рост оперативной активности и в тоже время увеличение сохраняющих операций на стопе. Снизилось число высоких ампутаций с 38(53,5%) до 12(25)% - на 26(28,5%), причем из них 2(3,6%) ампутаций на уровне голени, т.е. на более низком уровне. В исследуемой группе увеличилось количество операций по закрытию ран местными тканями с 3(4,2%) до 17(30,4%), аутодермопластик – с 2(2,8%) до 5(8,9%). В послеоперационном периоде отмечено снижение летальности: в исследуемой группе РДП СДС с нейропатической формой с 27(38,1%) до 6(10,7%) больных - на 21(27,4%), а РДП СДС с нейроишемической формой с 38(48,1%) до 11(11,7%) - на 36,4%. Летальность - все пациенты после высоких ампутаций на уровне бедра. Вывод: У пациентов с РДП СДС возможно выполнение операций с сохранением части стопы, выполняющей опорную функцию. Сберегающая тактика позволила снизить количество высоких ампутаций. С нейроишемической формой СДС при невозможности выполнения прямой реваскуляризации показано применение консервативной коррекции ишемии с непрямой стимуляцией коллатерального кровотока.

7. СПЕЦИАЛИЗИРОВАННАЯ ПОМОЩЬ ПАЦИЕНТАМ С ЯТРОГЕННЫМИ ПОВРЕЖДЕНИЯМИ СОСУДОВ

Лещинская А.Ю.(1), Кузнецов Н.П.(2), Бочегов В. С.(3)

Екатеринбург

1) Кафедра лечебного факультета УГМУ, 2) МАУ ГКБ №40, 3) МАУ ГКБ №40

Широкое использование инвазивных методов диагностики и лечения, привело к увеличению частоты ятрогенных повреждений сосудов. Непреднамеренная травма сосудов, по данным литературы, в 1958-1963 гг. составляла 0,6% в общей структуре травмы сосудов, а в 2010-2014гг. уже 15-28%. Самым тяжелым осложнением ятрогенной травмы сосуда является массивное кровотечение, по оценкам отечественных и зарубежных авторов является фатальным в 16—30 % случаев. Истинная частота ятрогенной травмы сосудов до сих пор неизученна, что связано с трудностью систематизации и отсутствием в ряде случаев публикаций. Цель работы. Изучить частоту и структуру ятрогенных повреждений сосудов, результаты хирургического лечения и разработать меры профилактики повреждений. Материалы и методы. Обобщен опыт оказания ангиохирургической помощи 29 пациентам с ятрогенной травмой сосудов, полученных при различных видах хирургических вмешательств в ЛПУ города Екатеринбурга и Свердловской области в период с 2010 по 2016 годы. Возраст больных варьировал от 7 лет до 89 лет, средний возраст $46,5 \pm 19,1$ года. В 55% (16 пациенток) подобную травму получили женщины, мужчины составили 45 % (13). Полученная ятрогенная травма сосудов диагностировалась интраоперационно при появлении массивного кровотечения, после чего к помощи привлекалась выездная ангиохирургическая бригада Территориального Центра Медицины Катастроф и Неотложных состояний (ТЦМК и НС) Свердловской области. Наиболее частой ятрогенной травмой было ранение магистральных вен-51,7 % (15 случаев), у 38% (11 больных)-магистральных артерий и в 10,3% (3) выявлено сочетанное повреждение вен и артерий. Анатомическая структура ятрогенной сосудистой травмы была представлена следующим образом: повреждения вен в 80% (12 случаев)-в системе нижней полой вены; 13,4% (2 больных)-в системе портальной вены; в системе верхней полой вены – 6,6% (1 пациент). Артерии верхних и нижних конечностей повреждены при проведении хирургических вмешательств в 27,3% (3 случая), аорта и магистральные артерии таза – 72,7% (8 пациентов). Повреждение всего сосудистого пучка в 66,7 % (2 случая) наблюдалось при хирургических вмешательствах на нижних конечностях и органах таза-33,3% (1 больной). Результаты и обсуждение. После диагностирования ятрогенного повреждения артерий и вен, в состав хирургической бригады включались ангиохирурги. В 100% случаев остановлено жизнеугрожающее массивное кровотечение. Реконструктивные операции у пациентов исследуемой группы были выполнены у 79,3% (23 больных), абляционные (лигирование сосудов)-у 20,7% (6). Летальность в раннем послеоперационном периоде составила 7 % (2 пациента), причинами которой явились мезентериальный тромбоз и рефрактерный шок на фоне кровопотери. У 3,4 % (1 больной) в послеоперационном периоде выполнена высокая ампутация бедра в связи с характером и сроками полученной травмы (удаление артерий конечности на зонде Бебкокка). Отдаленные результаты в течение первого года удалось проследить у 37,9% (11 пациентов). Из них в 45,5 % (5 пациентов) случаях, которым были выполнены реконструктивные операции, магистральный кровоток, а в 9% (1

пациент) выявлен тромбоз зоны аутовенозной пластики ОБВ, с развитием хронической венозной недостаточностью (ХВН) С3. Также ПТБ нижних конечностей с ХВН от С2 до С4 развилась у 45, 5% (5 больных) с лигированием магистральных вен. Выводы. Наиболее рациональным способом профилактики ятрогенных повреждений артерий и вен является дооперационное изучение топографо-анатомического расположения крупных кровеносных сосудов в зоне предстоящей операции, выделение групп риска хирургических вмешательств, при которых наиболее вероятно возникновение травмы сосуда. При прогнозировании технических сложностей, связанных с выделением сосудистого пучка в области патологических образований или при диагностированной травме крупных магистральных сосудов, во время оперативных вмешательств, целесообразно включение в операционную бригаду ангиохирурга ТЦ МК и НС Свердловской области.

8.КИСТА КАНАЛА НУКА В ЭКСТРЕННОЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Мяконький Р.В.

Волгоград

ГБУЗ "Волгоградская областная клиническая больница №3"

Актуальность. В паховых промежутках у женщин находятся круглые связки матки. Это парные связки, которые берут свое начало в районе фаллопиевых (маточных) труб, далее идут по направлению к боковой стенке малого таза и паховому промежутку, пройдя через который заканчиваются в области лобка и больших половых губ. Основу круглых связок составляет фиброзная ткань, с включениями гладкомышечных волокон. Заращение брюшинно-пахового отростка у женщин более совершенно, чем у мужчин, но при неполной его облитерации от внутреннего пахового кольца до наружного формирует канал Нука, при этом может образовываться соответствующая киста. Нука киста (киста Нукиева канала) - ограниченное скопление серозной жидкости в участке канала Нука (А. Nuck, 1650-1692, голландский анатом), ее иногда именуют «женским гидроцеле». В открытых отечественных и зарубежных источниках литературы не удается найти данных о частоте встречаемости кисты Нука, что свидетельствует о малой изученности этого редкого заболевания, а следовательно о недостаточной информированности хирургов в отношении данной патологии. Это обстоятельство может явиться причиной не верной диагностической и лечебной тактики. Материалы и методы. Проведен контент-анализ доступной литературы. Описаны два случая кисты Нука из личной клинической практики автора. Полученные результаты. В литературе нам удалось найти описание лишь четырех случаев кисты Нука. В 1938 г. М.Б. Клионер наблюдал больную, у которой киста симулировала ущемленную паховую грыжу. Слева в области поверхностного пахового кольца определялось болезненное округлое выпячивание величиной со сливу, плотно закрывавшее паховое кольцо. Пациентка была оперирована с диагнозом «ущемленная сальниковая грыжа». При рассечении тканей была обнаружена

тонкостенная киста. Второй случай касается женщина 24 лет, в 2008 году оперированной лапароскопически по поводу параовариальной кисты правого яичника, у которой через 3 месяца после операции появилось объемное образование в правой паховой области. При УЗИ мягких тканей правой паховой области лоцировалось анэхогенное вытянутое образование без перистальтики. Третий случай описан у женщины 28 лет, у которой через 6 месяцев после родов, в левой верхней части лобка появилась тянущая боль, иррадиирующая в левую нижнюю конечность, усиливающаяся при ходьбе. Жалобы возникли после того, как женщину довольно долго носила ребенка в слинге (возраст ребенка 6 мес., вес 8 кг). Вместе с жалобами больная в левой части лобка самостоятельно нащупала под кожей «шарик», который исчезал, в положении лежа и появлялся при вставании. По данным УЗИ лоцировалось: анэхогенное образование размером 5,7x1,2 см в левой паховой области - подкожное кистозное образование. Высказывались предположения в отношении пальпируемого образования: паховый лимфаденит, паховая грыжа. Была назначена антибиотикотерапия – без эффекта. Четвертый случай кисты канала Нука описан у девочки 6 месяцев, рожденной с гипотрофией (масса при рождении 2 кг.). До выставления окончательного диагноза: Киста Нуккиева канала рассматривались диагнозы: ущемленная грыжа, киста яичника. В процесс проведения дифференциальной диагностики высказывались версии необходимости экстренного оперативного лечения, от которого родители ребенка отказались. Проводилось динамическое наблюдение за образованием. В возрасте 8 месяцев ранее пальпируемое образование перестало определяться. Дальнейшая судьба пациентки не известна. В августе 2017 г. в хирургическом отделении ГБУЗ «Волгоградская областная клиническая больница» оперированы две пациентки с кистами канала Нука. Клинический случай № 1. Больная А., 45 лет, поступила в хирургическое отделение в срочном порядке, через 7 суток от начала заболевания была направлена хирургом поликлиники с диагнозом: Киста? Гигрома межлобкового сочленения? При поступлении пациентка предъявляла жалобы на наличие опухолевидного образования в правой паховой области, умеренную боль в образовании при натуживании и ходьбе. Со слов пациентки указанное образование появилось после разрешившегося запора. При пальпации живот мягкий, умеренно болезненный в правой паховой области, здесь же, в проекции наружного отверстия пахового канала пальпируется объемное образование 3,0x2,0 см, плотно эластической консистенции, подвижное, расположенное подкожно, невправимое в брюшную полость. Симптом кашлевого толчка отрицательный. УЗИ мягких тканей правой паховой области от 01.08.2017 г.: в проекции пальпируемой структуры визуализируется анэхогенное образование с каналом 6 мм в диаметре, размер образования 2,5x1,9 см, гомогенное, аваскулярное. Заключение: Кистозное образование с каналом в проекции правого пахового канала. Из протокола операции: ...разрезом в паховой области справа параллельно паховой складке на поперечник пальца выше нее линейным разрезом длиной 7,0 см рассечена кожа, подкожная клетчатка, фасция Томпсона. По ходу рассечения тканей выполнялся гемостаз с использованием коагулятора и лигирования сосудов. В проекции наружного пахового кольца обнаружено объемное грибовидное образование 4,0x2,0 см в диаметре на плотной ножке диаметром 0,5 см, уходящей медиально в паховый канал по направлению к внутреннему паховому кольцу. Киста плотной консистенции с гелеобразным содержимым соломенно-желтого цвета внутри. Произведено вскрытие передней стенки правого пахового канала. В проекции внутреннего пахового кольца ножка кисты переходит в брюшину по типу «грыжевого мешка». В месте перехода ножки кисты в париетальную брюшину наложен зажим Бильрота, киста на ножке

отсечена. Брюшина взята на зажимы Бильрота. Выполнена ревизия «грыжевого мешка», содержимого нет. Палец свободно проникает в свободную брюшную полость правой подвздошной ямки, выпота не обнаружено. Брюшина ушита кисетным швом. Выполнена пластика передней стенки правого пахового канала местными тканями. Макропрепарат: грибовидное образование с головкой 4,0 см в диаметре, заполненное однородным соломенно-желтым жидким содержимым, с плотной «хрящеподобной» ножкой длиной 4,0 см и диаметром 0,5 см. Диагноз после операции: Киста канала Нука справа. Результат патолого-гистологического исследования от 21.08.2017г.: Стенка кисты. Послеоперационный период протекал гладко. Швы сняты на 7-е сутки. Послеоперационная рана зажила первичным натяжением. Пациентка выписана на 7-й день госпитализации с выздоровлением.

Клинический случай № 2. Пациентка Ч. 35 лет, поступила в хирургическое отделение в плановом порядке, через 20 суток от начала заболевания была направлена хирургом поликлиники с диагнозом: Кистозное образование левого пахового канала. Пациентка в течение месяца отмечает наличие объемного образования в левой паховой области, заболевание связывает с физическими нагрузками и занятием фитнесом. В связи с дискомфортом в левой паховой области, косметическим дефектом (образование начало спускаться в левую большую половую губу) пациентка обратилась к хирургу. При поступлении пациентка предъявляла жалобы на наличие опухолевидного образования в левой паховой области, спускающееся в левую большую половую губу, постоянный дискомфорт и периодически возникающую умеренную боль в образовании при натуживании и ходьбе. УЗИ мягких тканей левой паховой области от 25.07.2017г.: мягкие ткани левой паховой области над и под паховой связкой многокамерное анэхогенное аваскулярное образованием объемом около 15 мл не сжимаемое при компрессии, не меняющее форму при натуживании, прилежащее под паховой связкой к мочевому пузырю, связи с ним не имеет. Петель кишечника в паховой области не обнаружено. После опорожнения мочевого пузыря динамики нет. Заключение: Кистозное образование левого пахового канала. Из протокола операции: ... разрезом параллельно и выше на 2 см от паховой складки слева над пальпируемым образованием рассечены кожа, подкожная клетчатка. По ходу рассечения тканей выполнялся гемостаз коагуляцией и перевязыванием сосудов. Передняя стенка левого пахового канала на всем протяжении имеет дефект, апоневроз наружной косой мышцы живота истончен, разволокнен. Остро и тупо из подкожной клетчатки выделена многокамерная киста, при выделении кисты произведено рассечение апоневроза наружной косой мышцы живота и его отделение от кисты. Кистозное образование размером 8,0x2,0 см грушевидной формы, основанием в виде соединительнотканного тяжа с включениями мышечных волокон уходит во внутреннее паховое кольцо, переходя в левую широкую связку матки, в которой также располагается киста 2,0x3,0 см. Кистозное образование левого пахового канала взято у основания на зажим Бильрота, отсечено. Киста широкой связки матки вскрыта, опорожнена. Левый яичник и левая маточная труба без особенностей. Брюшина в проекции левого внутреннего кольца ушита кисетным швом. Произведено ушивание узловыми швами задней стенки пахового канала (поперечной фасции). Выполнена пластика передней стенки левого пахового канала местными тканями. Макропрепарат: многокамерное грушевидное образование 10,0x3,0 см, заполненное однородным соломенно-желтым жидким содержимым, у основания образование представляет соединительнотканным тяжем с включением мышечных волокон. Диагноз после операции: Киста канала Нука слева в сочетании с кистой левой широкой связки матки. Макропрепарат: грушевидное образование

длинной 9,0 см и 4,0 см в диаметре, многокамерное, заполненное однородным соломенно-желтым жидким содержимым. Результат патолого-гистологического исследования от 29.08.2017г. Заключение: Стенка кисты. Послеоперационный период протекал гладко. Швы были сняты на 6-е сутки. Послеоперационная рана зажила первичным натяжением. Пациентка выписана на 7-й день госпитализации с выздоровлением. Обсуждение. Клинический случай № 1 демонстрирует трудность диагностики кисты канала Нука, что потребовало выполнения экстренного оперативного вмешательства. В то время как во втором клиническом случае хирург, учитывая свой опыт, определил правильную тактику, как по срокам, так и объему вмешательства. Являясь аномалией развития у женщин, достаточно долгое время киста Нука может протекать бессимптомно. Дебютом заболевания зачастую становится повышение внутрибрюшного давления (провоцирующие факторы: запор, кашель, подъем тяжестей и т.п.), при котором имеющаяся киста становится заметна для пациентки, что заставляет обращаться за медицинской помощью. Схожесть дебюта кисты Нука и ущемленной паховой грыжи способно ввести в заблуждение хирурга. В отличие от ущемленной грыжи, киста Нука не требует экстренного оперативного лечения, возможно относительно длительное динамическое наблюдение, оперативное лечение выполняется в плановом порядке. Выводы. Таким образом, осведомленность хирургов в отношении указанного заболевания позволяет повысить безопасность пациента и ложится в основу выбора правильной лечебной тактики. Пластика передней стенки пахового канала при кисте Нука может выполняться любым способом герниопластики, которым наиболее хорошо владеет оперирующий хирург. Рекомендации. Представляется целесообразным расширить информированность практикующих хирургов о кисте Нука. При подготовке лекций для студентов медицинских вузов и слушателей курсов повышения квалификации включить данную аномалию развития у женщин в дифференциальный ряд заболевания, проявляющихся наличием пальпируемого образования в паховой области. При подготовке клинических и методических рекомендаций, учебных пособий и т.п. материалов учитывать кисту Нука при проведении дифференциальной диагностики у женщин паховых грыж, липом, пахового лимфаденита и т.д.

9.ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ ЭХИНОКОККЭКТОМИЯ ПРИ ПРОРЫВЕ КИСТЫ ПЕЧЕНИ В БРЮШНУЮ ПОЛОСТЬ

Мукантаев Т.Е.

Актау, Республика Казахстан

ГКП на ПХВ «Мангистауская областная больница»

Актуальность. Цистный эхинококкоз является паразитарным заболеванием, вызванным *Echinococcus granulosus*, и характеризуется образованием жидкостных кист в различных органах и тканях. Прорыв кист печени в брюшную полость по разным оценкам наблюдается в

1-16% случаях и является одним из ведущих факторов развития послеоперационного рецидива, частота которого может достигать до 21%. Большинство авторов при прорыве кист в брюшную полость рекомендуют экстренное хирургическое вмешательство. Радикальные вмешательства (перцистэктомия, резекция печени) редко применяется в случаях прорыва эхинококковых кист в брюшную полость. В подобных случаях чаще используются так называемые консервативные хирургические методы: наружное дренирование, частичная перцистэктомия, тампонада полости и др., разумеется, вместе с санацией брюшной полости. Лапароскопическая эхинококкэктомия, хотя и приобретают популярность в последнее десятилетие, тем не менее, в случаях порыва кист в брюшную полость они не практикуются. **Материал и методы.** Мы имели 3 случая успешного проведения лапароскопической эхинококкэктомии из печени с санацией брюшной полости у больных после острого прорыва эхинококковой кисты печени в брюшную полость. Во всех случаях у пациентов были одиночные кисты, которые соответствовали CE1-типу (по ВОЗ) и локализовались в 3-6 сегментах печени. Клинически прорыв характеризовался кратковременными острыми болями в проекции печени. Аллергических проявлений не наблюдалось. В брюшной полости при лапароскопии обнаруживался небольшой серозный выпот, а место прорыва была прикрыта рыхлыми спайками. Эхинококкэктомия из печени завершалась максимальным уменьшением размеров полости и ее наружным дренированием. Антипаразитарная обработка брюшной полости не проводилась. Полость лишь промывалась большим количеством (до 2 литров) раствора фурациллина или раствора Рингера-Локка с добавлением хлоргексидина. В послеоперационном периоде больным проводилась противопаразитарная химиотерапия Альбендазолом. Каждый пациент получил по три курса терапии. **Результаты.** Срок послеоперационного наблюдения за пациентами составил 10-22 месяцев. Рецидивы заболевания не выявлены. **Выводы.** При остром прорыве не инфицированных эхинококковых кист в брюшную полость может быть успешно применена лапароскопическая технология для санации брюшной полости и эхинококкэктомии. При проведении противорецидивной терапии Альбендазолом рецидивы заболевания маловероятны.

10.ЭФФЕКТИВНОСТЬ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ РЕЦИДИВА ЭХИНОКОККОЗА ПЕЧЕНИ

Мукантаев Т.Е.

Актау, Республика Казахстан

ГКП на ПХВ «Мангистауская областная больница»

Целью исследования является оценка возможности ранней диагностики рецидива эхинококкоза. **Материал и методы.** Проведено комплексное обследование 709 пациентов после хирургического лечения эхинококкоза печени в сроки Me = 34 (14; 70,5) месяцев после операции. **Результаты.** Рецидивы заболевания были выявлены у 74 больных. Из них у 13 пациентов в результате регулярного обследования каждые 6 месяцев после операции

рецидив был выявлен в ранние сроки. Установлено, что после хирургического лечения эхинококкоза печени рецидивные кисты преимущественно локализуются в печени, однако в 33,8% случаев кисты обнаруживаются и вне печени. Регулярные инструментальные исследования с интервалом в 6 месяцев позволили выявить рецидив заболевания в сроки Ме = 9 (7; 24) месяцев после операции, причем выявленные кисты имели минимальные размеры Ме = 4,5 (3; 6) см и соответствовали, как правило, CL-типу по ВОЗ (редко - CE1-типу). Подобные кисты доступны для консервативного лечения, чрескожного пункционного лечения, а также проведения традиционного хирургического вмешательства при выборе выжидательной тактики. Рецидивные кисты, выявленные без регулярного обследования, имели относительно большие размеры, а значительная часть из них были CE2-CE5-типов, что сужает возможность выбора лечебной тактики. Выводы. Ранняя диагностика рецидива эхинококкоза клинически оправдана. При этом рецидивные кисты в основном имеют картину CL-типа и (редко) CE1-типа, а также небольшие размеры, наиболее благоприятные для малоинвазивных чрескожных вмешательств и медикаментозного лечения.

11. СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РЕЗУЛЬТАТОВ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ И ЛАПАРОТОМНОЙ ЭХИНОКОККЭКТОМИИ ИЗ ПЕЧЕНИ

Мукантаев Т.Е.

Актау, Республика Казахстан

ГКП на ПХВ «Мангистауская областная больница»

Актуальность. Для лечения эхинококкоза печени предложены различные методы: медикаментозное лечение Альбендазолом, чрескожные пункционные методы и различные методы хирургических вмешательств. Особое положение в ряду методов лечения занимает лапароскопическая эхинококкэктомия из печени, сочетающая в себе преимущества малоинвазивных вмешательств и возможность применения различной оперативной техники - от резекции органа до ушивания остаточных полостей. Материал и методы. Проведена сравнительная оценка ближайших и отдаленных результатов лапароскопической эхинококкэктомии из печени и эхинококкэктомии лапаротомным доступом у 86 и 159 пациентов соответственно. Показанием к лапароскопической эхинококкэктомии считали сочетание следующих признаков: кисты CL, CE1-3 типов по классификации ВОЗ с локализацией в 2-6 сегментах печени; частичное поверхностное расположение кисты; размер кисты не менее 5 см; отсутствие в печени кист 1, 7 и 8 сегментов или глубоко расположенных кист любого размера, а также кист CE4-5 типов. Характеристика поражения у 159 пациентов, которым выполнена лапаротомная эхинококкэктомия, была аналогичной поражению в группе сравнения. Результаты. Частота ближайших осложнений после лапароскопической эхинококкэктомии из печени составила 15,1% ($p=0,23$). Рецидив заболевания развился у 1 (1,2%) пациента ($p=0,23$). Сравнительная оценка вероятности развития рецидива

эхинококкоза в различные сроки (анализ Каплан-Мейера) после лапароскопических и лапаротомных вмешательств, при условии проведения противорецидивного лечения Альбендазолом, не выявила различия показателя. Выводы. Лапароскопическая эхинококкэктомия из печени при соблюдении показаний не уступает по качеству ближайших и отдаленных результатов традиционному лапаротомному вмешательству.

12. ПРОФИЛАКТИКА РАЗВИТИЯ ИНФЕКЦИИ ОБЛАСТИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПО ПОВОДУ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ БАКТЕРИОФАГОВ

Морозов А.М., Мохов Е.М., Кадыков В.А.

Тверь

ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России

Актуальность. Медицинская термография – это обследование пациентов, позволяющее улавливать инфракрасное излучение и преобразовывать его в изображение – термограмму, которая регистрирует распределение тепла на поверхности тела и может использоваться при обследовании больных, облегчая дифференциальную диагностику острого аппендицита. Материалы и методы. Сообщение основано на анализе результатов лечения 60 больных, перенесших лапароскопическое оперативное вмешательство по поводу острого флегмонозного аппендицита в ГБУЗ ГКБ № 7 г. Тверь. Все больные были разделены на 2 группы по 30 человек, в первую группу вошли больные, которым проводилась лапароскопическая аппендектомия классическим способом, во второй группе во время проведения аппендэктомии интраперитонеально вводилось 40 мл препарата Секстофаг. В течение первых 3 дней госпитализации больным проводилась термография области передней брюшной стенки с помощью медицинского тепловизора ПЕРГАМЕД 640. Все данные записывались и подвергались статистической обработке. Результаты. В первый день после оперативного вмешательства отмечалось повышение температуры всей поверхности передней брюшной стенки, с течением времени температура ее снижалась. В первой группе снижение температуры на второй день составила 1% от первоначальной, во второй – 2%. Соответственно на третий день эти цифры составили в первой группе 2,2%, во второй – 3,4%. Выводы. На основании полученных данных можно предположить, что применение бактериофагов не менее эффективно, чем применение антибиотиков, при отсутствии побочных действий у первых.

13. ЧРЕСКОЖНЫЕ ПУНКЦИОННЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА В АБДОМИНАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ

Дгебуадзе В.Т., Мандриченко А.С

Тюмень

АО "МСЧ Нефтяник"

Актуальность: В условиях современного развития хирургии и медицинской техники наиболее актуальными сегодня являются минимально инвазивные вмешательства, направленные на минимизацию операционной травмы для пациента. В их число входят чрескожные пункционные вмешательства под ультразвуковым и рентген-контролем. Эти вмешательства широко используются у больных с абсцессами печени, брюшной полости, псевдокистами поджелудочной железы, механической желтухой и другой патологией. В ряде случаев пункционные вмешательства являются единственной возможностью помочь пациенту. Материал и методы: Методика пункционного лечения хирургических больных начала использоваться в МСЧ Нефтяник со второй половины 2011 г. Подавляющее число вмешательств проводилось под рентгеноскопическим и ультразвуковым контролем в специально оборудованной рентген-операционной. Всегда использовалась пункционная насадка на ультразвуковой конвексный датчик, что значительно облегчало контроль продвижения иглы и сокращало время проведения процедуры. Все пункции проводились под местной анестезией, после стандартной премедикации. Для дренирования использовалась методика Ившина В.Г., отличительной особенностью которой является использование специального устройства для дренирования полостных образований (УДПО). В большинстве случаев дренирование проводилось прямыми или изогнутыми дренажами типа «pigtail» диаметром 12F. В одном случае при дренировании сегментарного протока правой доли печени использовался прямой дренаж диаметром 9 F. При троакарном дренировании, а также при замене дренажей использовались дренажи большего диаметра. За 6 лет проведено 354 вмешательства у 278 больных, т.е. некоторые больные перенесли несколько пункционных вмешательств. Преобладающая патология это острый холецистит и механическая желтуха, вторая по частоте патология – абсцессы брюшной полости различной локализации. Структура нозологий: абсцессы печени – 40 пациентов, абсцессы брюшной полости – 38, механическая желтуха – 85, острый холецистит – 86, осложнения панкреонекроза – 22, кисты печени – 7. Результаты: Метод чрескожных малоинвазивных пункционных вмешательств оказался вполне эффективным. За период с 2011 по 2017 г.г. выполнено 85 чрескожных чреспеченочных холангиостомий (ЧЧХС), 95 пункционных холецистостомий, 46 дренирований абсцессов печени, 38 дренирований абсцессов брюшной полости, 16 дренирований псевдокист поджелудочной железы, 7 случаев пункционного лечения кист печени, наложено 4 пункционных цистогастроанастомоза, выполнено 25 дренирований брюшной полости и забрюшинного пространства, 2 чрескожных эндопротезирования холедоха и 36 пункций абсцессов, кист брюшной полости без дренирования. Всего было 25 осложнений (7,06%). Наибольшее количество осложнений – 20 (80% от всех осложнений), было при выполнении ЧЧХС: 6 желчных перитонитов, 5 плевритов вследствие ранения правого плеврального синуса, 7 дислокаций дренажа, 1 пневмоторакс и 1 внутрибрюшная гематома. Использование пункционной методики лечения абсцессов печени, кист поджелудочной железы и брюшной

полости в подавляющем большинстве случаев позволяет избежать открытого оперативного вмешательства. За 6 лет внедрения методики в клинику было 18 летальных исходов (5,08%), из них только у 4 пациентов были осложнения пункционных вмешательств. Выводы: Полученные результаты применения методики чрескожных пункционных вмешательств под УЗ и рентгеноскопическим контролем позволяют рекомендовать метод для максимально широкого клинического применения. Отсутствие необходимости общего обезболивания позволяет отказаться от услуг анестезиолога, реанимационной палаты. Также залогом хорошего результата является ежедневный правильный уход за дренажами и систематический контроль адекватности санации патологического очага.

14. ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ МЕТОДИКИ HAL-RAR ПРИ ЛЕЧЕНИИ ГЕМОРРОИДАЛЬНОЙ БОЛЕЗНИ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ

Плешков А.С.

Симферополь

Медицинский центр "Авиценна"

Актуальность. Геморроидальная болезнь по-прежнему является одной из самых распространенных проблем современного общества. Учитывая ритм современного человека, все современные лечебные манипуляции требуют быстрого восстановления трудоспособности при наименее выраженных болевых ощущениях и максимальной эффективности. Цель работы. Оценка эффективности лечения, болевого синдрома и реабилитации после операции HAL-RAR в амбулаторных условиях. Материалы и методы. В период с апреля 2016г. по сентябрь 2017г. проанализирован опыт применения метода HAL-RAR у 53 пациентов. Мужчин 33 (62%), женщин 20 (38%). Возраст пациентов от 27 до 68 лет (средний возраст 44 года). Распределение по стадиям заболевания: II стадия – 12 чел. (23%), III стадия – 23 чел. (43%), IV стадия – 18 чел. (34%). У большинства пациентов имелся также наружный компонент различной степени выраженности. Сочетанная патология: у 6 пациентов хроническая анальная трещина, у 4 – гипертрофированные анальные сосочки. Перед операцией проводился стандартный осмотр и лабораторные исследования. При необходимости выполнялась ФКС. Подготовка – микроклизмы с Цитратом натрия. Все пациенты оперированы в условиях стационара "одного дня" под спинальной анестезией с использованием аппарата А.М.И. HAL-Doppler II и проктоскопа RAR Flexi Probe. С марта 2017г. в конце операции дополнительно выполнялась перианальная блокада раствором Наропина 10%-10 мл, что значительно снизило болевой синдром в первые 6 часов. Результаты. 24 пациентам выполнена HAL-RAR в чистом виде, сочетанные операции - HAL-RAR + радиоволновое иссечение наружных узлов (15), трещины (6), гипертрофированных анальных сосочков (4), лазерная вапоризация наружных узлов (4). Время пребывания в клинике 4-6 часов. Болевой синдром оценивался по шкале ВАШ и составил: 6 ч. – 3.7, 12 ч. – 4.8, 1 сутки –

3.4, 2 сутки – 3, 3 сутки – 2.7, 1 неделя – 1.6, 2 неделя – 0.5. Болевой синдром купировался НПВС. Осложнения: рефлекторная задержка мочеиспускания – 2, тромбоз наружных узлов, купировавшиеся консервативно – 2, кровотечений не было. У одной пациентки, после иссечения циркулярно расположенных наружных узлов, сформировавшийся рубец по одной из полуокружности и доставляющий болевой синдром при дефекации ликвидирован 4-мя курсами PRP-терапии. Средний срок реабилитации перед возвратом к трудовой деятельности составил от 4 до 10 суток в зависимости от стадии заболевания. Осмотры в динамике: 1 сутки, 2 недели, 1-3-6-12 месяцев. Оценка результатов по критериям: субъективная оценка качества жизни, выпадение узлов, кровотечения, дискомфорт, остаточные наружные узлы (косметический эффект), аноскопия. За указанный период наблюдения 93% пациентов отметили хороший результат (отсутствие жалоб), 7% отмечали периодический дискомфорт при возникновении тугого стула или тяжелых физических нагрузках. Пациенты, у которых сохранялись элементы наружного геморроя, от удаления воздерживались в связи с его уменьшением и редкими или бессимптомными проявлениями. Более объективно отдаленные результаты лечения можно будет оценить при минимум пятилетнем наблюдении. Выводы и заключение. Метод HAL-RAR хорошо зарекомендовал себя в лечении геморроидальной болезни на II-IV стадиях ввиду своей патогенетической обоснованности, значительно меньшими болевым синдромом и сроком реабилитации, достаточно высокой эффективностью и возможностью применения в условиях стационара “одного дня”.

15. ОПУХОЛЕВАЯ ТОЛСТОКИШЕЧНАЯ НЕПРОХОДИМОСТЬ: НУЖЕН ЛИ ПЕРЕСМОТР ТАКТИКИ?

Помазкин В.И.

Екатеринбург

Свердловский госпиталь для ветеранов войн

Опухолевая толстокишечная непроходимость остается нерешенной проблемой неотложной хирургии. Единого мнения по вопросам хирургической тактики при этой патологии до настоящего времени нет, о чем свидетельствует большой спектр вариантов одно-, двух- и трехэтапного оперативного лечения. Целью работы было обоснование выбора оптимальной тактики двухэтапного лечения рака левой половины толстой кишки, осложненного обтурационной непроходимостью на основании оценки как непосредственных, так и отдаленных результатов. Первый вариант лечения включал традиционное выполнение операции Гартмана и последующей восстановительной операции с ликвидацией одноствольной колостомы (1 группа больных). Второй вариант включал формирование разгрузочной двуствольной кишечной стомы на первом этапе лечения и выполнение радикальной операции с ликвидацией колостомы на втором этапе (II группа). В I группу вошли 202 пациента, во II группу 260 больных со II и III стадией стенозирующего колоректального

рака при исключении перфорации толстой кишки. Все первичные экстренные операции выполнялись в общехирургических стационарах, оказывающих неотложную помощь. Вторым этапом лечения проводился в условиях специализированного колопроктологического стационара в плановом порядке. На первом, неотложном этапе лечения гнойные осложнения со стороны брюшной полости в I группе возникли у 9,9% больных, во II группе у 1,9%, раневые гнойные осложнения соответственно у 20,3% и 3,1%, осложнения со стороны колостомы у 17,8% и 3,1%. Средний срок существования колостомы от момента формирования до ее ликвидации в I группе составил 192,3 дня, во II группе 32,7 дня. На втором этапе лечения, несмотря на больший объем вмешательства во II группе при выполнении радикальной операции с ликвидацией колостомы послеоперационные осложнения возникали реже, чем при восстановлении пассажа по кишечнику после операции Гартмана, составляя соответственно 14,2% и 18,3%. При этом, в I группе вследствие более выраженного спаечного процесса брюшной полости (в т.ч. с тотальным заращением ее в 23,8% случаев), наличия большого числа послеоперационных вентральных грыж (28,7%) и нарушения взаимоотношения тазовых органов, восстановительные операции имели большую техническую сложность, приводя к более частым интраоперационным осложнениям. Значительное сокращение срока существования колостомы во II группе, позволило существенно улучшить качество жизни пациентов, сократить сроки социально-трудовой реабилитации, а также улучшить функциональные результаты за счет более быстрого восстановления деятельности желудочно-кишечного тракта. При восстановительной операции в I группе при оценке онкологического радикализма признаки нерадикальности выполненной операции Гартмана имели 25,7% больных с несоблюдением необходимых границ резекции толстой кишки и неудалением зоны потенциального лимфогенного метастазирования. В этой группе 8,9% пациентов перед вторым этапом лечения уже имели местный рецидив рака. В последующем, после полного завершения лечения частота местных рецидивов в I группе составила 16,6%, во II группе 6,3%, частота возникновения метастазов соответственно была 19,8% и 9,2%. Пятилетняя выживаемость составила 49,7% в I группе и 67,8% во II группе. Таким образом использование этапного лечения обтурационной толстокишечной непроходимости, включающее формирование декомпрессивной колостомы на первом этапе и радикальную операцию с одномоментной ликвидацией стомы на втором, позволяет значительно сократить частоту послеоперационных осложнений, уменьшить сроки существования временной колостомы, улучшив тем самым качество жизни пациентов. Кроме того, современным требованием оперативного лечения колоректального рака является высокое качество его выполнения, что при данной тактике реализуется проведением радикальной операции в условиях специализированного стационара, приводя к значительному улучшению выживаемости пациентов в отдаленном периоде.

**16. ВЫБОР ТАКТИКИ ЗАВЕРШЕНИЯ ОПЕРАЦИИ У БОЛЬНЫХ
РАЗЛИТЫМ ПЕРИТОНИТОМ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ МИКРОБНОЙ
ОБСЕМЕНЕННОСТИ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ**

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. 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. Из 373 больных умерло 64 человека. Летальность составила 17,5%. Заключение. Наш опыт и проведенные ранее микробиологические исследования показывают, что оценивая источник перитонита, органолептические свойства экссудата, характер фибриновых наложений, выраженность пареза кишечника, можно достоверно предположить характер и степень бактериального обсеменения брюшной полости и выбрать оптимальный способ завершения операции у больных разлитым перитонитом.

17. ЛЕЧЕНИЕ КРОВОТЕЧЕНИЙ ПРИ РАКЕ ЖЕЛУДКА НА ФОНЕ КАНЦЕРОМАТОЗА

Дадаев Ш.А., Мельник И.В., Исаков Ш.Ш., Хасанов С.М.

Ташкент

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Актуальность: проблема лечения рака желудка, осложненного кровотечением, по-прежнему продолжает оставаться актуальной. Число больных с таким осложнением достигает уровня 2,7-41,5%. Несмотря на совершенствование техники хирургических вмешательств и методик интенсивной терапии, послеоперационная летальность у пациентов с кровоточащим раком желудка достигает 30-60%. В настоящее время вопрос о выборе лечебной тактики и методов оперативного лечения у больных кровоточащим раком желудка является дискуссионным. Цель исследования: изучить непосредственные результаты лечения кровоточащих злокачественных опухолей желудка. в условиях применения выжидательной тактики

Материалы и методы: проанализированы результаты лечения 95 больных с кровотечениями из опухолей желудка. Среди них мужчин - 58 (61,1%) и женщин – 37 (38,9%), средний возраст больных составил 59,3±1,48 лет. Кровопотеря легкой степени имела у 12(12,6%), умеренная – у 32 (33,7%), тяжелая - у 40 (42,1%), крайне тяжелая - у 11(11,6%) пациентов (П.Г. Брюсов (1986)). С наличием геморрагического шока различной степени тяжести поступили 52 (54,7%) пациента. В соответствии с классификацией Forrest (1987) наиболее часто наблюдалось кровотечение F-2A-62(65,3%), F-2B-19(20%), F-2C -10(10,5), F-IB-4(4,2). Активного кровотечения из опухоли артериального характера мы не наблюдали. Тело желудка поражалось злокачественным процессом в 51 (53,7%) случае. У 22 больных (23,2%) опухоль локализовалась в антральном отделе желудка, в 17 случаях (17,9%) - в кардиальном отделе желудка, у 5 (5,2%) пациентов было диагностировано инфильтративное поражение желудка с захватом нескольких отделов. Преобладали инфильтративно-язвенные формы рака – 65 наблюдений (68,4%). Клинико-эндоскопическими и рентгенологическими исследованиями установлено, что 78 (82,1%) больных – поступили в клинику с распространенными формами рака желудка (III-IV ст. Результаты и обсуждение: В лечении кровотечений из опухолей желудка применяем выжидательную тактику: изолированный или комбинированный эндоскопический гемостаз (диатермокоагуляцию, обкалывание этанолом,

аргоноплазменную коагуляцию) на первом этапе в сочетании с консервативной заместительной и гемостатической терапией. При неустойчивом гемостазе, многократном рецидивировании кровотечения выполняем оперативные вмешательства, направленные на удаление источника кровотечения (по возможности) и остановку кровотечения. Всего в экстренном и срочном порядке оперировано 39 (41,1%) больных. У всех пациентов интраоперационно выявлено наличие канцероматоза брюшной полости с поражением париетальной и висцеральной брюшины различной степени выраженности, видимые метастазы в печень размером от 0,5 до 3 см (34), поражение регионарных лимфатических узлов и наличие асцита (39). Несмотря на наличие диагностированного канцероматоза выполнить расширенную гастрэктомию с лимфодиссекцией удалось в 5 случаях, субтотальную резекцию - у 6 больных. В остальных 28 случаях с целью остановки кровотечения выполнялась гастротомия, прошивание кровоточащих участков опухоли, прошивание с лигированием левой и правой желудочных артерий, а также, обязательно, проводили циторедуктивное вмешательство - аргоноплазменную коагуляцию до полной деструкции всех видимых и поверхностно пальпируемых метастазов печени (34). Каких либо осложнений при этом не наблюдали. В послеоперационном периоде у всех больных (28) отмечались более или менее выраженные признаки рецидива кровотечения из прошитых опухолей, профузных кровотечений не отмечалось, удалось достичь гемостаза с помощью инфилтративного эндоскопического гемостаза на фоне массивной гемостатической терапии У 8 пациентов удалось выполнить УЗИ контроль печени через 5-6 месяцев после первичного вмешательства (у 3 пациентов после гастрэктомии и у 5 после субтотальной резекции): при сравнении УЗИ картин при первичном обращении и в момент контрольного осмотра выявлено отсутствие явных признаков увеличения количества и размеров метастатических участков в печени. Необходимо отметить, что все больные проходили плановую химиотерапию по назначению онкологов. Различные послеоперационные осложнения имели место у 12 (30,7%) больных: несостоятельность эзофаго-энтеро анастомоза (1); несостоятельность гастротомного отверстия (1); спаечная кишечная непроходимость (2); нагноение послеоперационной раны (4) послеоперационная пневмония (4). Летальный исход отмечен у 10 пациентов: абдоминальный сепсис (3); инфаркт миокарда (2); ОНМК (2); тромбоэмболия легочной артерии (2); декомпенсированный геморрагический шок (1). Послеоперационная летальность 25,6% (10), общая-13,7%(13) Выводы: таким образом, возникновение кровотечения является поздним симптомом опухолевого поражения желудка. Выполнение радикальных оперативных вмешательств у данной категории больных крайне затруднительно. В условиях продолжающегося или рецидивного кровотечения выполняются симптоматические вмешательства, направленные на остановку кровотечения, спасение жизни пациента на данном этапе. Несмотря на небольшое количество наблюдений, при наличии видимых и поверхностно пальпируемых метастазов в печени рекомендуем выполнять их аргоноплазменную коагуляцию (циторедуктивное вмешательство). Основным механизмом, позволяющим снизить количество летальных исходов у данной категории больных, считаем широкое внедрение эндоскопических методов гемостаза на всех этапах лечения пациентов в условиях экстренного хирургического стационара

18.ОСЛОЖНЕНИЯ И ЛЕТАЛЬНОСТЬ ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ КРОВОТЕЧЕНИЙ ИЗ ХРОНИЧЕСКИХ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ ЯЗВ

Дадаев Ш.А., Мельник И.В., Хасанов С.М., Джуманов А.К., Григориади Г.С.

Ташкент

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Актуальность: язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки является одним из самых распространенных доброкачественных заболеваний пищеварительного тракта, которое выявляется почти у 10-15% взрослого населения. Несмотря на достижения фармакотерапии и успехи в лечении неосложненной язвенной болезни не удается полностью решить проблему ее осложнений. Общая летальность при данной патологии остается высокой, хотя в последние годы имеет тенденцию к снижению с 8-9 % до 1,5-3%. В структуре оперативных вмешательств, по данным разных авторов, преобладают резекционные методы – до 50 – 75 %. Цель исследования: изучить непосредственные результаты лечения больных с кровотечениями из хронических язв желудка и двенадцатиперстной кишки в условиях применения активно-индивидуализированной лечебной тактики. Материал и методы: проанализированы результаты лечения 439 пациентов с кровотечениями из хронических язв желудка (35) и двенадцатиперстной кишки (404) Мужчин- 342, женщин -97. Возраст больных от 22 до 84 лет. В основном пациенты поступали в стационар с остановившимся кровотечением: F-IIA (83), F-IIB (194), F-IIC (108), F-III (30). Активное кровотечение диагностировано у 24 пациентов - F-IA (10), F-IB (14). Наиболее часто причиной кровотечений были язвы размером до 1 см. - 213 (48,6%), язвы в диаметре до 0,5 см. диагностированы в 152 (34,7%) случаях, диаметр язв до 2 см. отмечен у 56 (12,6%) и язвы диаметром более 2см выявлены всего у 18 (4,1%) пациентов. Результаты и обсуждение: У пациентов с дуоденальными язвами (404) оперативные вмешательства выполнены в 121 (29,9%) случае. Из них в экстренном порядке -37 (30,6%), срочном- 45(37,2%), отсроченном-39 (32,2%). Резекция желудка произведена у 91(75,2%); клиновидное иссечение язвы - у 23(19%), прошивание язвы выполнено у 7 (5,8%) больных. Послеоперационные осложнения развились у 19(15,7%) пациентов: недостаточность культи ДПК – у 7 (5,8%), пневмония - у 4 (3,3%), инфаркт миокарда – у 3 (2,5%),ОНМК – у 2 (1,7%),тромбоэмболия легочной артерии – у 2 (1,7%), гастростаз-у 1 (0,8%). Послеоперационная летальность составила 14% (17 больных). Причиной летальных исходов явились: послеоперационный перитонит - у 7, декомпенсированный геморрагический шок – у 5; инфаркт миокарда - у 2, ТЭЛА - у 2, ОНМК - у 1 больного. Больным с желудочными язвами (35) оперативные вмешательства выполнены во всех 35 (100%) случаях. Из них в экстренном порядке -7 (20%), срочном- 16(45,7%), отсроченном-12 (34,3%). Резекция желудка произведена у 35(100%)пациентов. Послеоперационные осложнения развились у 5(14,3%) пациентов: недостаточность ГДА – у 3, инфаркт миокарда – у 1., нагноение послеоперационной раны-у 1 больного. Послеоперационная летальность составила 8,6% (3 больных). Причиной летальных исходов явился послеоперационный перитонит с развитием тяжелого абдоминального сепсиса. Выводы: таким образом, в настоящее время в лечении больных с кровотечениями из хронических язв двенадцатиперстной кишки должен применяться строгий стандартизированный подход, основанный на принципах активно-индивидуализированной

лечебной тактики, с максимальным использованием возможностей диагностической и лечебной эндоскопии, прогнозированием рецидива кровотечения, индивидуальном подходе в вопросе выполнения оперативных вмешательств. Несмотря на приложенные усилия, уровень послеоперационных осложнений и летальность остаются на высоком уровне, что требует дальнейшей работы для улучшения результатов лечения данной категории больных.

19. МЕТОДЫ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ГЛУБОКОЙ ПЕРИПРОТЕЗНОЙ ИНФЕКЦИИ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА

Прокопьев Д.С., Левчик Е.Ю.

Екатеринбург

ГБУЗ СО СОКПГВВ

Актуальность. Заболеваемость перипротезной инфекцией (ГППИ) увеличивается. Улучшение результатов лечения ГППИ решается путем выбора тактики. Материалы. Анализ 91 клинического наблюдения ГППИ тазобедренных суставов. Использовали классификацию ГППИ (Coventry-Fitzgerald-Tsukayama – 1996 г.). Женщин 43(47,3%), мужчин 48(52,7%). Возраст: 24 - 86 лет. Причины эндопротезирования: травма в 20(22,2%), дистрофические изменения в 67(73,6 %), ревматоидный артрит в 4(4,4%) наблюдениях. Жалобы: на боль при физической нагрузке в 23(25%) случаях, в покое 36(39,5%); у 41(45%) нарушение опороспособности конечности, нарушение функций смежных суставов у 18(19,7%); раны и/или свищевые ходы у 73(80%). Лабораторные критерии: повышение уровня лейкоцитов, СОЭ, СРП. Возбудители ГППИ: Грам + у 57(62,5%), Грам - у 21(23,2%), несколько возбудителей у 13(14,2%). Коагулазопозитивные стафилококки в 70(77%) случаях. MRSA, MRSE у 30(33%). БЛРС+ в 3(3,5%) случаях. Исследования отделяемого из раны, соответствовали интраоперационным в 48(53%) случаях. Методы. I тип ГППИ - 21 больной. У 2(9,5%) эндопротезы удалены, с ревизионным эндопротезированием после купирования ГППИ. В 19(90,5%) случаях произведена санация ран с сохранением эндопротезов, у 17(76%) из 19 отметили ремиссию. Одному пациенту после удаления выполнена резекционная артропластика, еще у одного ввиду рецидива ГППИ установили спейсер. II тип ГППИ - 21 пациент. В 13 (61,9%) случаях удалили эндопротез, установили спэйсер. Из них 9(66,7%) пациентам выполнили ревизионное эндопротезирование. У 3 (33,3%) произошли рецидивы ГППИ; повторно установлены спэйсеры двум из них. 4 пациента под наблюдением после первого этапа. У 7(33,3%) из 21 пациента выполнили ревизии без удаления эндопротезов. У 3(42,9%) из 7 достигнута ремиссия (данные операции проведены в период от 1 до 3 месяцев после эндопротезирования). Остальным 4 больным удалили эндопротез, установили спейсер. В 1 наблюдении эндопротез удален, выполнена резекционная артропластика. III тип ГППИ - 49 больных. Удаление эндопротеза, дебридмент и установку спэйсера выполнили у 27(55,1%) из 49, у 16(59,3%) достигнута ремиссия, выполнено ревизионное эндопротезирование. У

4(14,8%) пациентов рецидив ГППИ, в 3 случаях из 4 спэйсеры установлены повторно, а в 1 удален спэйсер и выполнена резекционная артропластика. 7(26%) из 27 пациентов находятся под наблюдением. В 9(18,3%) наблюдениях из 49 - ревизия ран с сохранением эндопротезов, как паллиатив у ослабленных имеющих противопоказания для репротезирования больных. Во всех наблюдениях - рецидивы ГППИ, 2 летальных исхода. У 8(16,3%) больных - удаление эндопротезов и активное дренирование ран. 5(10,2%) пациентам из 49 по причине рубцовых изменений и дефектов, выполнили резекционную артропластику с формированием неоартрозов в зоне ТБС. Фиксация внеочаговым чрескостным компрессионным остеосинтезом по Илизарову. Сроки фиксации 6-8 недель. Во всех наблюдениях купирован гнойный процесс, восстановлена опороспособность конечности, достигнут достаточный объем движений в зоне неоартроза. Выводы: 1. При I типе ГППИ, ревизия с заменой компонентов, является методом выбора с высоким уровнем положительных результатов. 2. В период манифестации инфекции от 1 месяца до 7 лет, методом выбора остается удаление эндопротеза с установкой спэйсера. 3. При наличии костных и мягкотканых дефектов в области сустава, с прогнозируемым высоким риском развития ГППИ, методом выбора является резекционная артропластика с фиксацией в аппарате внешней фиксации. 4. Для предоперационного выявления возбудителей ГППИ, следует выполнять диагностическую пункцию перипротезного пространства, не ограничиваясь исследованием отделяемого из ран и свищей.

20.ИСПОЛЬЗОВАНИЕ СИСТЕМ ОТРИЦАТЕЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ РАСПРОСТРАНЕННЫМ ПЕРИТОНИТОМ КАК СЛЕДСТВИЕ ПЕРФОРАЦИИ МЕСТНОРАСПРОСТРАНЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ ТОЛСТОЙ КИШКИ

*Безмозгин Б.Г.(1), Бабков О.В.(1), Ястребов И.П.(1), Опул Д.М.(1),
Мартынова Г.В.(1), Лукьянюк П.П.(2), Сизоненко Н.А.(2)*

Санкт-Петербург

- 1) ГБУ СПб НИИ им. И.И. Джанелидзе;
- 2) Военно-медицинская Академия им. С.М. Кирова,
кафедра военно-морской хирургии.

Колоректальный рак (КРР) в настоящее время является одной из наиболее распространенных злокачественных опухолей, занимая третье место в мире в общей структуре заболеваемости злокачественными новообразованиями. При этом отмечается неуклонный рост заболеваемости раком данной локализации. У большинства больных КРР манифестирует различными осложнениями. Длительное бессимптомное течение, неспецифичность ранней симптоматики, недостаточная онкологическая настороженность врачей и поздняя диагностика местноинвазивных опухолей толстой кишки являются причиной того, что 50-89% больных поступают в хирургические стационары с различными осложнениями этого

заболевания. В исследование включены больные с местнораспространенным раком толстой кишки, осложненным распространенным перитонитом, проходившие лечение в 2004-2013 гг. в ГБУ «Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт им. И.И. Джанелидзе». Проведен ретроспективный анализ результатов лечения 54 больных с местноинвазивным раком толстой кишки, осложненным распространенным перитонитом, за период с 2004 по 2008 гг.. С 2008 года в ГБУ «Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт им. И.И. Джанелидзе» разработана и активно применяется тактика этапных санаций брюшной полости с использованием VAC-системы. С 2008 по 2015 гг. проведен проспективный анализ результатов лечения 66 больных с местнораспространенными опухолями толстой кишки, осложненными распространенным перитонитом с использованием разработанного лечебно-диагностического алгоритма. В исследование включены больные, у которых индекс брюшной полости (ИБП) на момент первичного оперативного вмешательства составлял 13 и более баллов. ИБП представляет собой интегральный динамически изменяющийся критерий интраоперационной оценки характера поражения органов брюшной полости при перитоните. Данный показатель позволяет оптимизировать выбор лечебной тактики у конкретного больного: релапаротомия «по требованию» (ИБП<13 баллов) или этапные санации с формированием лапаростомы (ИБП≥13). В исследование не включались пациенты с признаками септического шока ввиду необходимости применения иной хирургической тактики лечения. Хирургическая тактика лечения больных обеих групп включала следующие основные компоненты: интенсивная терапия в условиях отделения реанимации, оперативное вмешательство с санацией очага инфекции, декомпрессия желудочно-кишечного тракта. При этом принципиальным различием между обеими группами являлся способ окончания оперативного вмешательства: в контрольной группе выполняли ушивание передней брюшной стенки, а в основной формировали лапаростому методом VAC. Через 48-72 часа осуществляли этапную санацию брюшной полости. В случаях отсутствия прогрессирования перитонита (ИБП<10) операцию заканчивали ушиванием брюшной полости. У больных основной группы, по сравнению с контрольной, выявлено снижение частоты гнойно-воспалительных осложнений со стороны мягких тканей передней брюшной стенки с 30,1% до 16,0%, более быстрое купирование синдрома эндогенной интоксикации, снижение частоты прогрессирования послеоперационного перитонита с 23,0% до 4,0%. В целом разработанная тактика позволила снизить послеоперационные осложнения с 61,5% до 44,0%, летальность с 42,6% до 32,7%. Хирургическая тактика этапных санаций брюшной полости с использованием VAC-терапии у пациентов с местнораспространенным раком толстой кишки, осложненным распространенным перитонитом, позволяет улучшить непосредственные результаты лечения данной категории больных. Отмечено достоверное снижение количества послеоперационных осложнений в 1,4 раза, летальности в 1,3 раза.

21. ПРОФИЛАКТИКА СИНДРОМА ИНТРААБДОМИНАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ В РАННЕМ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ У ПАЦИЕНТОВ С ОСЛОЖНЕННЫМ МЕСТНОРАСПРОСТРАНЕННЫМ РАКОМ ТОЛСТОЙ КИШКИ

Безмозгин Б.Г.(1), Бабков О.В.(1), Ястребов И.П.(1), Святненко А.В.(1), Опул Д.М.(1), Мартынова Г.В.(1), Лукьянюк П.П.(2), Сизоненко Н.А.(2).

Санкт-Петербург

- 1) ГБУ СПб НИИ им. И.И. Джанелидзе;
- 2) Военно-медицинская Академия им. С.М. Кирова, кафедра военно-морской хирургии.

Колоректальный рак (КРР) в настоящее время является одной из наиболее распространенных злокачественных опухолей, занимая третье место в мире в общей структуре заболеваемости злокачественными новообразованиями. До 15-27 % больных КРР, оперируемых по неотложным показаниям составляют больные с перитонитом на фоне перфорации местноинвазивных опухолей толстой кишки. В исследование включены больные с местнораспространенным раком толстой кишки, осложненным перфорацией и перитонитом, проходившие лечение в 2008-2013 гг. в ГБУ «Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт им. И.И. Джанелидзе». Проведен ретроспективный анализ результатов лечения 34 больных за период с 2008 по 2010 гг.. С 2011 года в ГБУ «Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт им. И.И. Джанелидзе» разработана и активно применяется тактика этапных санаций брюшной полости с использованием метода лечения ран отрицательным давлением (NPWT - NegativePressureWoundTherapy). С 2011 по 2013 гг. проведен проспективный анализ результатов лечения 32 больных с местноинвазивными новообразованиями осложненными перфорацией и перитонитом, с использованием разработанного лечебно-диагностического алгоритма. В исследование включены больные, у которых индекс брюшной полости (ИБП) на момент первичного оперативного вмешательства составлял 13 и более баллов. Данный показатель позволяет оптимизировать выбор лечебной тактики у конкретного больного: релапаротомия «по требованию» (ИБП<13 баллов) или этапные санации с формированием лапаростомы методом NPWT (ИБП≥13). Таким образом, в основную группу вошли 32 пациента, в контрольную - 34. Средний возраст больных основной группы составил $78,5 \pm 5,0$ лет, контрольной - $77,4 \pm 4,5$. Всем больным обеих групп перед операцией и на 1, 3, 5, 7 и 10 сутки проводилось измерение уровня внутрибрюшного давления (ВБД) при помощи системы UnoMeterAbdo-Pressuretm. При определении динамики ВБД в предоперационном периоде у пациентов основной и контрольной групп выявлены высокие показатели: $20,6 \pm 0,8$ mm.Hg в основной группе и $21,2 \pm 1,2$ mm.Hg в контрольной ($p > 0,05$). Различия статистически не достоверны. На 1 сутки послеоперационного периода у пациентов основной группы отмечались достоверно более низкие значения ВБД ($11,2 \pm 1,8$ mm.Hg) по сравнению с больными контрольной группы, у которых сохранялась внутрибрюшная гипертензия ($18,7 \pm 2,1$ mm.Hg). Различия статистически достоверны ($p < 0,05$). Данные изменения связаны с декомпрессивным эффектом NPWT, что позволяет предотвратить развитие синдрома интраабдоминальной гипертензии. Дальнейший мониторинг ВБД показал, что интраабдоминальная гипертензия сохранялась в контрольной группе вплоть до 7-8 суток послеоперационного периода ($11,3 \pm 2,5$ mm.Hg), в то время как в основной группе

нормализация ВБД происходила уже на 1-2 сутки после оперативного лечения, сохраняясь вплоть до 10 суток ($5,4 \pm 0,8$ mm.Hg). Анализируя выше изложенное, можно сделать вывод о позитивном влиянии NPWT на внутрибрюшную гипертензию у пациентов с местноинвазивным раком толстой кишки, осложненным перфорацией и перитонитом, что выражается в достоверно более быстром темпе нормализации ВБД у пациентов основной группы по сравнению с контрольной. Данный факт, по нашему мнению, является важным предиктором недопущения развития у пациентов данной группы абдоминального компартмент-синдрома.

22.МИКРОБИОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАСПРОСТРАНЕННОГО ПЕРИТОНИТА ВСЛЕДСТВИЕ ПЕРФОРАЦИИ МЕСТНОРАСПРОСТРАНЕННОЙ ОПУХОЛИ ТОЛСТОЙ КИШКИ

*Безмозгин Б.Г.(1), Бабков О.В.(1), Ястребов И.П.(1), Святненко А.В.(1), Опул Д.М.(1),
Мартынова Г.В.(1), Лукьянюк П.П.(2), Сизоненко Н.А.(2).*

Санкт-Петербург

- 1) ГБУ СПб НИИ им. И.И. Джанелидзе;
- 2) Военно-медицинская Академия им. С.М. Кирова, кафедра военно-морской хирургии.

Колоректальный рак (КРР) в настоящее время является одной из наиболее распространенных злокачественных опухолей, занимая третье место в мире в общей структуре заболеваемости злокачественными новообразованиями. При этом отмечается неуклонный рост заболеваемости раком данной локализации. До 15-27 % больных КРР, оперируемых по неотложным показаниям составляют больные с перитонитом на фоне перфорации местнораспространенных опухолей толстой кишки. Не менее важной проблемой является не только определение хирургической тактики, но и применение рациональной антибактериальной терапии в интра- и послеоперационном периоде для профилактики осложнений со стороны брюшной полости. Цель работы: выявление наиболее часто встречающихся возбудителей в микробиологической картине местнораспространенного рака толстой кишки, осложненного перфорацией и перитонитом, и определение рациональной антибактериальной терапии с учетом результатов посевов. Материал и методы. С 2008 по 2013 гг. в НИИ СП было прооперировано 66 пациентов с местноинвазивным раком, осложненным распространенным перитонитом, у которых выполнялся посев перитонеального экссудата для определения микробного статуса и чувствительности выделенных микроорганизмов к антибиотикам. Результаты. Микробиологическая картина перитонеального экссудата была представлена смешанной аэробно-анаэробной флорой. Наиболее частыми возбудителями являлись: *E. coli*(50%, 104-105), *Klebsiellaspp.* (15%), *P. aeruginosa*(10%), *Enterobacterspp.* (6%). Реже высевались *Citrobacterspp.*, *Serratiamarcescensi*

Morganellamorganii. Из грамположительных бактерий наиболее частыми инфекционными агентами являлись стрептококки (7%) и энтерококки (10%). Выводы. Проанализирован микробиологический спектр наиболее часто встречающихся инфекционных агентов в перитонеальном экссудате у пациентов с местнораспространенными опухолями толстой кишки, осложненными перфорацией и распространенным перитонитом, что позволило обосновать проведение эмпирической антибиотикотерапии у пациентов данной группы.

23. ДИНАМИКА НАРУШЕНИЯ БЕЛКОВОГО ОБМЕНА ПРИ VAC-ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ МЕСТНОРАСПРОСТРАНЕННЫМИ ОПУХОЛЯМИ ТОЛСТОЙ КИШКИ, ОСЛОЖНЕННЫМИ РАСПАДОМ

*Безмозгин Б.Г.(1), Бабков О.В.(1), Ястребов И.П.(1), Святненко А.В.(1), Опул Д.М.(1),
Мартынова Г.В.(1), Лукьянюк П.П.(2), Сизоненко Н.А.(2).*

Санкт-Петербург

- 1) ГБУ СПб НИИ им. И.И. Джанелидзе,
- 2) Военно-медицинская Академия им. С.М. Кирова,
кафедра военно-морской хирургии.

VAC-терапия представляет собой способ временного закрытия передней брюшной стенки посредством установки специальной герметичной системы с созданием отрицательного давления в брюшной полости (NPWT - NegativePressureWoundTherapy). Цель исследования. Выявить одну из возможных причин регулярно развивающейся гипопроотеинемии путем оценки содержания общего белка в патологическом экссудате, удаляемом VAC-системой из брюшной полости, и обосновать необходимость дополнительной коррекции развивающегося осложнения. Материал и методы. Материалом для исследования явились 15 больных с распространенным перитонитом, которым в качестве этапного лечения применялась методика VAC-терапии. Ежедневно определяли количество суточного отделяемого по VAC системе и содержание в последнем общего белка. Результаты и их обсуждение: Среднее ежесуточное количество отделяемого по VAC-системе составило $1200,0 \pm 50,0$ мл/сутки, особенно в первые 2 суток после первичной операции (с тенденцией к уменьшению в процессе лечения, при эффективности последнего). Средняя концентрация белка в экссудате из брюшной полости $21,2 \pm 5,0$ г/л. Таким образом, среднее количество белка, теряемого пациентами каждые сутки по VAC-системе, составило $25,4$ г. При этом средняя концентрация общего белка в плазме крови пациентов, проходивших лечение с использованием VAC-терапии составила $42,3 \pm 6,0$ г, что соответствует тяжелой белково-энергетической недостаточности. Выводы. Метод VAC-терапии является эффективным способом санации брюшной полости, при котором достигается эффективная элиминация патологического экссудата. Однако вместе с патологическим экссудатом происходит потеря

белка крови, что усугубляет признаки обычно присутствующей белково-энергетической недостаточности и требует дополнительной коррекции известными методами.

24. ОРГАНИЗАЦИЯ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ БЕРЕМЕННЫМ ЖЕНЩИНАМ С ПОДОЗРЕНИЕМ НА ОСТРУЮ ХИРУРГИЧЕСКУЮ ПАТОЛОГИЮ

*Китаева М.А., Корольков А.Ю., Теплов В.М., Беженарь В.Ф., Аракелян Б.В.,
Цицкарава Д.З., Смирнов Д.А., Багненко С.Ф.*

Санкт-Петербург

ПСПБГМУ им.акад. И.П. Павлова, НИИ хирургии и неотложной медицины

Актуальность. Проблема «острого живота» во время беременности - одна из сложных пограничных акушерско-хирургических проблем. Акушер, хорошо разбирающийся в физиологических изменениях во время беременности и акушерских осложнениях, может не поставить диагноза острого хирургического заболевания; напротив, хирург часто принимает обнаруженные им симптомы за проявления беременности. Эти факторы нередко приводят к диагностическим ошибкам, а следовательно, и к потенциально опасному промедлению в активном хирургическом лечении острого хирургического заболевания. Цель работы. Максимально оптимизировать маршрутизацию беременных женщин с подозрением на острую хирургическую патологию для более быстрой и точной постановки диагноза. Материалы и методы. С 2015 года в СПбГМУ им.акад. Павлова организовано стационарное отделение скорой медицинской помощи (СОСМП), состоящее из трех зон- зеленой («зал ожидания»), желтой (палата динамического наблюдения) и красной (палата интенсивной терапии). За 3 года существования данного отделения в нем обследовано 951 беременная женщина с подозрением на острую хирургическую патологию. Из них 72 пациентки со сроком беременности до 22 нед. (1 группа) и 879 пациенток со сроком беременности более 21 нед. (2 группа) Результаты. Беременные с подозрением на острую хирургическую патологию до 22 нед. беременности поступают непосредственно в СОСМП, где пациентка ведется как «стандартная» больная с хирургической патологией, дополнительно включая осмотр акушера-гинеколога. В зависимости от тяжести состояния пациентки распределяются соответственно по зонам СОСМП. Беременные женщины с 22 нед беременности, в том числе, поступающие с подозрением на острую хирургическую патологию изначально оформляются в приемном отделении акушерского стационара, где их первично осматривает акушер – гинеколог, производится забор крови на базовые исследования, КТГ- плода. Это позволяет исключить острую акушерско-гинекологическую патологию, а также оценить общий статус как первично поступающей беременной так и плода. Затем пациентка переводится в СОСМП, где беременную осматривают специалисты по профилю диагноза направления, в частности при подозрении на хирургическую патологию - врач хирург. В данном отделении существуют все

методы диагностики, которые позволяют в кратчайшие сроки поставить диагноз - УЗИ, ФГДС, МСКТ, МРТ. При подтверждении острой хирургической патологии, время подачи в операционную также сокращается. При необходимости динамического наблюдения пациентки, она остается в желтой зоне, где проводится совместное наблюдение врачом специалистом и акушером – гинекологом. В среднем в год в клинику акушерства и гинекологии ПСПбГМУ им. акад. И. П. Павлова поступает более 300 беременных женщин с подозрением на острую хирургическую патологию. Практически все пациентки проходят через зеленую зону, где их осматривает хирург, оценивает результаты лабораторных данных и, как правило, дополнительно выполняется УЗИ органов брюшной полости. Данный минимум позволяет определиться с дальнейшей маршрутизацией данных пациенток. При необходимости динамического наблюдения, продолжения дифференциальной диагностики пациентки переводятся в желтую зону. Таким образом, из всех поступающих женщин с подозрением на острую хирургическую патологию, из них более 70% проходит через желтую зону, в которой пациентки находятся под постоянным наблюдением врача данной зоны, акушера-гинеколога и врача - специалиста. Максимум через 12 часов должна быть определена лечебная тактика по данным пациенткам. При подтверждении острой хирургической патологии, требующей оперативного вмешательства, пациентка из отделения СОСМП сразу подается в операционную. При выявлении хирургической патологии, требующей консервативного лечения вне зависимости от срока беременности, пациентка переводится на хирургическое отделение, где продолжает наблюдаться врачом-хирургом и 2 раза в сутки врачом акушером-гинекологом. При исключении острой хирургической патологии пациентка переводится либо в профильное отделение (по выявленной патологии), либо выписывается на амбулаторное лечение. Выводы. Беременные поступающие в многопрофильный стационар, особенно на III триместре беременности, первично должны осматриваться акушером-гинекологом, что позволяет исключить в первую очередь патологию беременности и плода. Беременные с абдоминальным болевым синдромом, при исключении острой акушерско-гинекологической патологии должны быть консультированы хирургом, что рациональнее производить в СОСМП, в связи с доступностью различных методов дообследования, которые помогают в постановке диагноза. При неясной этиологии абдоминального болевого синдрома, беременная должна наблюдаться в стационарном отделении скорой медицинской помощи, одновременно акушером-гинекологом и врачами специалистами (хирург, уролог). Данная маршрутизация беременных с подозрением на острую хирургическую патологию, позволяет поставить более точный диагноз в более короткие сроки диагностики, а так же уменьшить количество неоправданных оперативных вмешательств.

25. ИЗМЕНЕНИЕ МОРФО-ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ ОРГАНИЗАЦИИ ЭНДОТЕЛИЯ СОСУДИСТОГО РУСЛА БРЮШИНЫ ПОД ВЛИЯНИЕМ ОПЕРАЦИОННОГО СТРЕССА

Поройский С.В., Булычева О.С.

Волгоград

Волгоградский государственный медицинский университет
Министерства здравоохранения Российской Федерации

Актуальность: Микроциркуляторная система брюшины является одним из составных морфологических компонентов, определяющих функциональную активность брюшины. Являясь обоюдно проницаемой биомембраной, брюшина обеспечивает гомеостаз внутрибрюшной среды. Являясь реакционноспособной, система микроциркуляции реагирует на эндо- и экзогенные факторы, посредством NO-зависимого механизма. При этом в проанализированной нами литературе отсутствуют данные о влиянии на состояние системы микроциркуляции брюшины и ее эндотелиальный компонент операционного стресса. Материалы и методы. Эксперимент проведен на 30 половозрелых самках крыс линии Wistar, массой 300 гр., находящихся в идентичных условиях содержания и пищевого рациона. Для моделирования стандартной операционной травмы нами использовалась разработанная экспериментальная модель (Патент РФ на изобретение №2374699 от 27.11.09), включающая следующие этапы: выполнение стандартного нижнесрединного лапаротомного доступа длиной 3 см, нанесение стандартных скарификационных дефектов париетальной в области правого бокового отдела брюшной стенки и висцеральной брюшины купола слепой кишки. После нанесения стандартной операционной травмы производилась оценка скорости кровотока с висцеральной брюшины: сразу после нанесения операционной травмы (1 сутки), на 2, 3, 4, 5 сутки послеоперационного периода. Регистрация кровотока осуществлялась прижизненно с помощью ультразвукового доплерографа и рабочей компьютерной программы Minimax Doppler v.1.7. Для оценки функционального состояния эндотелия сосудов брюшины проведены ряд оригинальных фармакологических проб: осуществлялась модификация синтеза эндогенного оксида азота с помощью нитро-L-аргинина (блокатора E-синтазы) в дозе 10 мг/кг, ацетилхолина (стимулятор синтеза эндогенного NO) – 0,01 мг/кг, L-аргинина – 300 мг/кг (эндотелий зависимый донатор NO) и нитроглицерина (эндотелий независимый донатор NO) – 15 мг/кг. Непосредственное влияние операционно-провоцируемого стресса на эндотелий сосудов оценивалось с помощью электронной микроскопии. Полученные результаты. Максимальное увеличение скорости локального кровотока, определяемого при анализе звукового сигнала как артериолярного, приходилось на 1 послеоперационные сутки, составляя $21,20 \pm 0,21$ ус. ед. На 2 сутки скорость локального кровотока составляла $17,73 \pm 0,06$ ус. ед., на 3 сутки – $16,89 \pm 0,22$ ус. ед., к 4 послеоперационным суткам спектр приобретал исходную форму. В 1 сутки, введение ацетилхолина вызывало повышение скорости кровотока на 25%, который через 5-10 минут стабилизировался и к 15 минуте от начала эксперимента возвращался к исходному уровню. При внутривенном введении L-аргинина не наблюдалось достоверного увеличения скорости кровотока, на фоне введения нитроглицерина увеличение составило 42%. При введении нитро-L-аргинина наблюдалось снижение скорости кровотока на 15%. При введении оксида азота кровотоки увеличились лишь на 6%, что свидетельствует о возможно не полном

подавлении Е-синтазы и, соответственно, выработки нитро оксида. На 4 сутки после операции скорость кровотока восстановилась практически полностью и ответ на введение модификаторов синтеза эндогенного оксида азота не достоверно отличался от животных первого дня, что говорит об обратимости процесса послеоперационного нарушения эндотелиальной функции. Проведенное исследование показало, что операционный стресс, потенцируемый стандартной операционной травмой, сопровождается обратимой реакцией микроциркуляторного русла брюшины, в виде снижения скорости локального кровотока, нарушением функционального состояния эндотелия сосудов (эндотелиальная дисфункция), связанного с обратимым угнетением Е-синтазы и выработки нитрооксида. При этом восстановление исходных функциональных значений определяется к 4-5 суткам послеоперационного периода. Электронная микроскопия состояния эндотелия микроциркуляторного русла брюшины в динамике операционного стресса выявила обратимые признаки ультраструктурных изменений эндотелиоцитов, характеризующих активацию секреторно-пластических процессов, признаки компенсаторно – приспособительной реакции в ответ на повышающиеся энергозатраты, ограничение эффективности транспортной функции эндотелия капилляров брюшины, изменение динамики мембран. Таким образом операционная травма сопровождается обратимой постстрессорной морфо-функциональной реакцией эндотелия микроциркуляторного русла брюшины, определяющей обратимые послеоперационные гемодинамические нарушения в течении 4-5 дней послеоперационного периода.

26.УСПЕШНЫЙ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ КЛЕЯ В БСМП ПРИ СКВОЗНОМ ОГНЕСТРЕЛЬНОМ РАНЕНИИ ПОЧКИ

Заговеньев И.Г.(1), Заговеньева С.Н.(1), Лесников П.А.(2).

Шадринск

1) ГБУ Шадринская БСМП, 2) ГБУ Шадринская ЦРБ.

Актуальность. Вопрос органосохраняющих операций при огнестрельных ранениях паренхиматозных органов волнует многих хирургов, особенно вдали от крупных хирургических клиник. Мы публикуем успешный опыт применения клея «Сулфакрилат» для остановки кровотечения при сквозном огнестрельном ранении левой почки, что позволило сохранить орган. Материалы и методы: мужчина, возраст 45 лет, доставлен в БСМП г.Шадринска Курганской области своим транспортом с охоты через 1 час после травмы. Полученные результаты: при поступлении больной обследован, выполнены клинические и биохимические анализы, ЭКГ, КТ брюшной полости (инородное тело[пуля] тела L2 слева, признаки повреждения забрюшинного пространства и нижнего полюса левой почки.),УЗИ брюшной полости и почек, рентгенография грудной клетки и брюшной полости. При осмотре выявлено входное отверстие от картечи размером 1x0,5см по средней подмышечной линии

слева ниже рёберной дуги на 2см., не кровоточит. Выходного отверстия нет. Имела место макрогематурия. Через 1,5 часа с момента поступления больному выполнена верхне-среднесрединная лапаротомия, при ревизии слева по боковому каналу имеется рана на париетальной брюшине 0,5x0,5см с подтеканием свежей крови. Имеется такая же рана на брыжейке нисходящего отдела толстой кишки с обильным кровотечением, которое остановлено путём прошивания. В забрюшинном пространстве слева сформировалась урогематома, брюшина рассечена по линии Тольда, выделена почка. По передней поверхности нижнего полюса входное отверстие 0,5x0,7см., по задней поверхности выходное отверстие 1,5x2см. и продольный разрыв почки 3см. Обильного кровотечения нет. Входное отверстие заклеено клеем «Сульфакрилат», на выходное отверстие с разрывом наложен один Z-образный шов ПГА, поверх него клей. Пуля не найдена. Дренажирование забрюшинного пространства и брюшной полости. Послеоперационный период гладко, больной выздоровел, функция почки не пострадала, орган сохранён. Заживление операционной раны первичным натяжением. Отдалённые результаты хорошие, жалоб не предъявляет. Обсуждение: при огнестрельном ранении или колото-резаной ране паренхиматозного органа перед хирургом остро возникает вопрос остановки кровотечения из этого органа. Другой вопрос: убирать или резецировать орган, или выполнить гемостаз другими доступными и эффективными способами. Желательно сохранить орган. Выводы: 1). Применение клея при травме почки помогло в остановке паренхиматозного кровотечения из органа. 2). Использование клея при травме паренхиматозных органов может помочь врачу сохранить орган и спасти жизнь пациента. Рекомендации: необходимо дежурной бригаде хирургов и травматологов иметь в арсенале гемостатических средств клей отечественного производства «Сульфакрилат», эффективный, не дорогой и безопасный, простой в употреблении и доступный.

27. ИНТРАЦЕЛИАКАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ ДУОДЕНАЛЬНЫХ И ВЫСОКИХ ТОНКОКИШЕЧНЫХ СВИЩАХ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ С ПРИМЕНЕНИЕМ ПЕРМАНЕНТНОГО КОЛЛАГЕНА

Иштуков Р.Р., Пантелеев В.С., Нартайлаков М.А.

Уфа

Республиканская клиническая больница им. Г.Г. Куватова,
Башкирский государственный медицинский университет

Обоснование и цель – улучшить результаты комплексного лечения больных с дуоденальными и высокими тонкокишечными свищами. Материал и методы. В период с 2006 по 2016 годы в условиях Республиканской клинической больницы им. Г.Г. Куватова г. Уфа было пролечено 118 больных с дуоденальными и высокими тонкокишечными свищами. У 67 больных оперативное лечение заключалось в выделении и ушивании свищевых дефектов на кишке. Все пациенты были разделены на две группы (44 – группа сравнения и 23 - основная). В группе

сравнения после ушивания свищевых дефектов двухрядными швами в послеоперационном периоде проводилась общемедицинская терапия, а в основной группе использовалась разработанная нами методика лечения. После наложения на свищевой дефект кишки двухрядных швов производилось их укрепление путем покрытия биологическим имплантатом (ПЕРМАКОЛ свиной дермальный коллаген) который укладывался на область ушитого свища с фиксированием его узловыми швами к серозной оболочке кишки, закрывая, таким образом, зону ушитого дефекта в виде заплаты. В послеоперационном периоде выполнялась селективная установка тонкого катетера в желудочно-двенадцатиперстную артерию при дуоденальных свищах и в верхнюю брыжеечную артерию при высоких тонкокишечных свищах под рентген контролем. После установки катетера два раза в сутки ежедневно, в течение 6-7 дней производилось введение ангиопротектора Сермион (Ницерголин). Концентрация препарата составляла 8 мг на 100,0 мл 0,9% раствора хлорида натрия, соответственно суточная доза препарата равнялась 16 мг. Время проведения одного сеанса инфузии препарата длилось 60 минут. Результаты Из 44 пациентов группы сравнения несостоятельность ранее наложенных швов на свищевой дефект кишки случилась в 29,5% случаев, в основной же группе больных данное осложнение наблюдалось в 17,7% случаев. Послеоперационная летальность в группе сравнения составила 43,5%, а в основной группе – 34,2%. Заключение. Местное использование свиного дермального коллагена с целью укрепления швов на ушитом свищевом дефекте кишки в сочетании с селективным введением Сермиона (Ницерголин) для повышения эффективности периферического кровообращения в зоне оперативного вмешательства позволило улучшить результаты комплексного лечения больных с дуоденальными и высокими тонкокишечными свищами.

28. КОМБИНИРОВАННАЯ СИСТЕМА ОЦЕНКИ ТЯЖЕСТИ И ПРОГНОЗА ИСХОДА ПЕРИТОНИТА

Лебедев Н.В., Климов А.Е., Гайдукевич Е.К.

Москва

Российский университет дружбы народов

Актуальность. В настоящее время у больных с перитонитом, для прогнозирования его исхода и определения лечебной тактике, широко используют различные системы количественного измерения индивидуального фактора риска. Наиболее часто используют системы MPI (Мангеймский индекс перитонита), APACHE II, MODS[9], SOFA, шкала индекса брюшной полости (ИБП). Оценка прогностических способностей данных систем показала, что только шкалы APACHE II и MPI вносят независимый вклад в прогноз исхода перитонита (отношение шансов 6,7 и 9,8 для APACHE II и MPI соответственно). Однако сопоставление литературных данных заставляет нас сомневаться в достоверности прогноза MPI в исходе перитонита. Нами изучены показатели летальности при перитоните в зависимости от балла MPI по данным

восьми независимых исследований. При одних и тех же параметрах оценки смертельные исходы по данным различных авторов наступают с различной вероятностью, причем эта разница достигает 50%. Материал и методы исследования. Наши исследования у 200 больных с перитонитом показали, что наибольшее значение в исходе перитонита имеет выраженность синдрома системного воспалительного ответа (SIRS 3-4 - вероятность события $P(E)$ (0,75-1,0) и наличия органной недостаточности ($P(E) = 0,8$). Пол и возраст не были значимыми прогностическими факторами (вероятность события менее 0,1). Полученные результаты. На основании выбора наиболее значимых факторов риска смерти, нами была разработана комбинированная система перитонита (КСП) включающего в себя как клинические, так и лабораторные параметры. В создании системы мы ориентировались на легко определяемые параметры, доступные практически в любом хирургическом стационаре. Причинами перитонита были деструктивные формы острого аппендицита, холецистита, перфоративная гастродуоденальная язва, перфорации тонкой и толстой кишки различного генеза, кишечная непроходимость. В критерии КСП включили: наличие злокачественного образования (2 балла), распространенный перитонит (1 балл), длительность перитонита свыше 24 часов (1 балл), наличие калового эксудата (2 балла), содержание альбумина в сыворотке крови менее 21 г/л (3 балла), оценка по системе SIRS - SIRS 3 (4 балла), SIRS 4 (5 балла), сепсис (4 балла), септический шок (5 баллов), наличие органной недостаточности (4 балла). Наличие органной недостаточности определяли по qSOFA (упрощенная система SOFA). Органная недостаточность фиксируется 2 и более баллов по qSOFA. Под сепсисом понимали наличие инфекции в сочетании с органной недостаточностью (qSOFA 2 или 3). Пороговое значение (вероятность летального исхода более 50%) КСП составляет 8 баллов. При баллах от 10 до 14 вероятность смерти 89%. При балле 15 и более вероятность смерти абсолютна (100%). Чувствительность и специфичность КСП (96-99% и 90-94%) превышает аналогичные показатели MPI и APACHE II соответственно. Нами был проведен сравнительный анализ шкал MPI, SOFA, APACHE II и КСП с помощью кривой ошибок (ROC-analysis). Качество классификатора оценивали по значению площади под кривой каждой шкалы (Area under curve, AUC). Чем больше AUC (0,5-1), тем достовернее считается выбранная модель. КСП показала лучший результат (AUC=0,994) в сравнении с MPI (AUC=0,904), APACHE II (AUC=0,903), SOFA (AUC=0,967) ($p < 0,05$). Выводы: 1. Введение в систему прогноза исхода перитонита критериев сепсиса и полиорганной недостаточности позволяет сделать прогноз более точным. 2. Комбинированная система прогноза перитонита (КСП) является специфической, легко определяемой системой прогнозирования смерти у больных с вторичным перитонитом. 3. Увеличение балла КСП связано с неблагоприятным прогнозом, что определяет тактику и методы лечения. 4. Чувствительность, специфичность и точность КСП анализируемые по ROC-кривой составили 93,3, 99,7 и 98,9 % соответственно, что превышает аналогичные показатели MPI и APACHE II ($p < 0,05$).

29.ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ ГЕРНИОРАФИЯ КАК СПОСОБ САНАЦИИ ГРЫЖЕНОСИТЕЛЕЙ С ПУПОЧНЫМИ ГРЫЖАМИ МАЛЫХ РАЗМЕРОВ

Мяконький Р.В., Иванченко С.В., Андриянов А.Ю., Милованов А.Б.

Волгоград

ГБУЗ "Волгоградская областная клиническая больница № 3"

Актуальность. Пупочной грыжей страдает до 15% взрослого населения России. Чаще данное заболевание встречается у женщин, гендерное соотношение 1:4. В большинстве хирургических отделений в России и СНГ, основными операциями при пупочных грыжах у взрослых являются классические аутопластические способы Сапежко и Мейо. Пациентки при грыжах малых размеров (истинные пупочные грыжи с диаметром расширения пупочного кольца от 0,5 до 1,5 см) избегают оперативного лечения, опасаясь обширных рубцов. Данное обстоятельство объясняется тенденциями современной социальной бьютисферы. В свою очередь, отказ от операции при грыже малых размеров приводит к тому, что под воздействием провоцирующих факторов (фитнес, запор, беременность - всего того, что приводит к повышению внутрибрюшного давления) происходит увеличение размеров грыжи и возрастает вероятность развития ущемления. Выходом из ситуации является разработка максимально эстетичных малоинвазивных оперативных вмешательств. Цель работы. Показать возможности применения герниорафии, как самостоятельного метода лечения при пупочной грыжи малых размеров. Материалы и методы. В связи с тем, что разработанный нами метод является новым способом герниопластики, укажем оснащение и методику выполнения данного вмешательства. Оснащение: стандартная лапароскопическая стойка; лапароскопические инструменты: троакар с винтовой фиксацией диаметром 10 мм, троакары диаметром 5 мм – 2 шт., электрокоагуляционный крючок и ножницы, зажимы жесткие – 2 шт., шовный инструмент BERCI; а также общехирургические инструменты: зажим Микулича или Бильрота, иглодержатель Гегара, хирургическая режущая игла с изгибом 3/8 окружности или лыжеобразная игла, лигатуры из нерассасывающегося материала. Техника выполнения вмешательства. Операция выполняется под эндотрахеальным наркозом. В желудок устанавливается назогастральный зонд, в мочевого пузырь уретральный катетер. Положение пациента на спине. Расположение операционной бригады (в авторской версии): слева от пациента оператор и ассистент, операционная медицинская сестра на противоположной стороне справа. По среднеключичной линии слева в мезогастрии параллельно пупку скальпелем производится разрез кожи длиной 10 мм. Через разрез в брюшную полость вводится троакар с винтовой фиксацией диаметром 10 мм, по которому инфулируется CO₂ и в брюшную полость вводят лапароскоп с косой оптикой, после чего производится ревизия брюшной полости. Особое внимание уделяют области грыжевого дефекта, оценке степени выраженности спаечного процесса и потенциальным местам ввода дополнительных троакаров. Затем так же по среднеключичной линии в левом подреберье и левой подвздошной области производятся разрезы длиной 5 мм, под визуальным контролем в брюшную полость вводят 5 мм троакары. Используется бимануальная техника, в левой руке оператора находится лапароскоп, в правой - электрокоагуляционный крючок или лапароскопический ножницы, или зажим. В ходе вмешательства эти инструменты используются попеременно. В правой руке ассистента находится лапароскопический зажим,

левая рука свободна и используется для работы с грыжей со стороны кожи передней брюшной стенки. Абдоминальные спайки разделяют эндозажимом (фиксацию и тракцию осуществляет ассистент) и электрокоагуляционным крючком или ножницами, в результате висцеральное содержимое выходит из грыжевого мешка. Грыжевой мешок сохраняется интактным, если это возможно. По ходу вмешательства осуществляется тщательный гемостаз. Определив края грыжевых ворот, с помощью скальпеля около пупка с обеих сторон скальпелем на глубину кожи производятся 2-6 насечек (зависит от размера грыжевых ворот, расстояние между насечками 5 мм) длиной 2-3 мм, через которые с помощью шовного инструмента BERCI выполняется прокол брюшной стенки. Нить в брюшной полости ассистент фиксирует зажимом. Инструмент BERCI удаляется и аналогичным образом прокалывается брюшная стенка в контрлатеральной насечке, нить захватывается инструментом BERCI и выводится наружу. После наложения 3-4 таких швов, один из концов нити с помощью режущей иглы с изгибом 3/8 окружности и иглодержателя Гегара или лыжеобразной иглы проводится подкожно над апоневрозом с частичным его захватом в петлю, при этом игла должна выйти через насечку противоположной стороны от пупка. После этого открыв троакары необходимо удалить CO₂ из брюшной полости, для уменьшения натяжения тканей. Экстракорпорально формируется узел (количество узлов зависит от типа выбранной нити), который погружается под кожу через насечку, концы нити срезаются над узлом. Получаются вертикальные (относительно грыжи) П-образные швы. Края насечки поднимаются и адаптируются с помощью зажима Микулича или зажима Бильрота. Последовательно погружаются все узлы, в результате чего устраняются грыжа, при этом пупок гофрируется. Насечки с обеих сторон от пупка можно ушить для достижения, большего косметического эффекта. Возобновляется карбоксиперитонеум, производится оценка адекватности ушивания грыжевых ворот со стороны брюшины. Ревизия брюшной полости. Удаление CO₂ из брюшной полости. Ушивание троакарных ран. Наложение асептических повязок. Удаление назогастрального зонда и мочевого катетера. Результаты и обсуждение. Лапароскопическая герниорафия является несложным видом вмешательства, доступным к выполнению хирургами, имеющими минимальный опыт лапароскопических вмешательств на органах брюшной полости. Она не требует имплантации трансплантатов и уменьшает время, затрачиваемое на операцию. Пациент может быть выписан домой на 1-2-е сутки после вмешательства, что позволяет рассматривать методику в рамках концепции fast track. На этапе амбулаторного лечения швы с околопупочных насечек снимаются на 2-е сутки (если выполнялось их ушивание), с кожи троакарных ран на 5-е сутки. Выводы. Наш личный опыт выполнения лапароскопических герниорафий пупочных грыж малых размеров позволяет подтвердить несложность воспроизведения этой методики и ее эффективность. Первые выполненные операции по данной методике и ближайшие результаты (сроки наблюдения до 1 года) представляются весьма обнадеживающими, как с практической точки зрения, так и с экономической стороны. В свою очередь данный метод требует дальнейшего изучения его отдаленных результатов. К недостаткам указанной методики можно отнести необходимость подбора пациентов с небольшими пупочными грыжами. Рекомендации. Популяризировать метод лапароскопической герниорафии, как достаточно простой и экономически выгодный способ санации грыженосителей с пупочными грыжами малых размеров, главным образом, среди молодых пациенток. Указанный метод можно рекомендовать к освоению и включению в арсенал хирургов как общехирургических стационаров, так и специализированных

лапароскопических и герниологических центров. Способствовать накоплению клинических данных для оценки отдаленных результатов предложенной методики.

30. КРИТЕРИИ ВЫБОРА ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ ПРИ ВТОРИЧНОМ ПЕРИТОНИТЕ (ПРЕДВАРИТЕЛЬНОЕ СООБЩЕНИЕ)

Лебедев Н.В.

Москва

Российский Университет дружбы народов

Актуальность. Лечение больных с распространенными формами гнойного перитонита остается главной клинической проблемой в неотложной абдоминальной хирургии. Летальность при разлитом гнойном перитоните особенно в терминальной стадии остается высокой достигая уровня 20-30% [Щуркалин Б.К., 2000]. Одним из нерешенных вопросов лечения больных с распространенным перитонитом является выбор хирургической тактики при завершении первичной лапаротомии. Оба наиболее распространенных способа ведения больных с распространенным перитонитом (дренирование брюшной полости с ушиванием раны передней брюшной стенки наглухо и лапаростомия) имеют свои достоинства и недостатки. Даже после устранения источника инфицирования, санации брюшной полости и ее активного дренирования, у каждого второго больного в различные сроки послеоперационного периода развиваются инфекционно-токсический шок, выраженная полиорганная недостаточность и сепсис, при которых летальность достигает 60-80%. Даже самая тщательная интраоперационная санация брюшной полости, проведенная однократно, не позволяет добиться полной стерильности брюшины. В плохо дренируемых отделах брюшной полости скапливается экссудат, что приводит к прогрессированию перитонита и вынуждает проводить релапаротомии по требованию. Недостатком программированных санаций брюшной полости являются: повторная травма органов, несостоятельность анастомозов, потенцирование нозокомиальных осложнений, высокая вероятность образования вентральных грыж, кишечных свищей и кровотечений, высокая стоимость лечения (О. Van Ruler с соавт. 2016). В настоящее время отсутствуют четкие критерии использования того или иного варианта ведения больных с перитонитом. Использование какого то одного критерия -Мантгеймского перитонеального индекса (МПИ), комбинированной системы оценки тяжести перитонита (КСП) (Н.В. Лебедев с соавт. 2017) шкалы APACHE II, индекса поражения брюшной полости — ИПБП (В.С. Савельев 2006) не позволяет оценить все факторы влияющие на исход заболевания и, исходя из этого, выбрать оптимальную хирургическую тактику. На наш взгляд, для определения хирургической тактики у больных с перитонитом целесообразна комплексная оценка тяжести состояния больного, наличия или отсутствия абдоминального сепсиса, вероятности смерти и степени патологических изменений в брюшной полости. Использование КСП позволяет в большей

степени чем МПИ предвидеть исход заболевания и оценить тяжесть состояния больного с перитонитом. Чувствительность, специфичность и точность КСП достоверно выше таковой МРІ и АРАСНЕ II ($p < 0,05$). Однако ни КСП, ни МПИ, ни АРАСНЕ II не позволяют оценить степень поражения брюшной полости при перитоните. Исходя из этого, комплексная оценка ИПБП и КСП может являться критерием для выбора хирургической тактике лечения больных с перитонитом. Материал и методы исследования. Изучены результаты лечения 74 больных с вторичным перитонитом в зависимости от использования тактических вариантов – программированная релапаротомия и дренирование брюшной полости. При баллах КСП до 8 и ИПБП до 13 летальность при использовании программированных релапаротомиях составила 12%, при закрытом ведении больных 7%. При этом у двух больных после программированных релапаротомий возникли кишечные свищи и у 3 послеоперационные грыжи. Подобных осложнений у больных после дренирования брюшной полости и ушивании раны передней брюшной стенки мы не наблюдали. При балле КСП более 8 и балле ИПБП более 13 летальность после программированных релапаротомий составила 19%, после дренирования 25%. Малое количество наблюдений не дает нам право сделать окончательный вывод о преимуществах того или иного способа ведения больных с перитонитом в зависимости от баллов КСП и ИПБП. Выводы. Предварительный анализ комплексного использования КСП и ИПБП у 200 больных с перитонитом показал, что при баллах КСП более 8, и балле ИПБП более 13 при определении лечебной тактики следует отдавать преимущества программированным релапаротомиям. При балле КСП до 8 и балле ИПБП до 13 – лучшие результаты получены при адекватном дренировании брюшной полости и ушивании раны передней стенки наглухо.

31. ФОРМИРОВАНИЕ ПОСТОЯННЫХ СОСУДИСТЫХ ДОСТУПОВ В УСЛОВИЯХ ОПТИМАЛЬНОГО МЕЖВЕДОМСТВЕННОГО ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ

*Веселов Б.А.(1), Корелин С.В. (1), Попов А.Н.(2), Захаров С.В.(3),
Соболев А.В. (3) Бурлева Е.П.(4)*

Екатеринбург

- 1) Дорожная клиническая больница
на ст. Екатеринбург-Пассажирский ОАО "РЖД",
- 2) МАУ «Городская клиническая больница № 40»,
- 3) ООО «Уральский медицинский центр»,
- 4) Кафедра общей хирургии ФГБОУ ВО «Уральский государственный
медицинский университет»

Цель исследования: обобщение годовых результатов консультирования и формирования постоянных сосудистых доступов (ПСД), выполненных в условиях вновь созданного межведомственного взаимодействия для пациентов, находящихся на заместительной

почечной терапии методом гемодиализа (ГД). Материалы и методы: Ретроспективно обобщены годовые результаты формирования ПСД для выполнения процедур ГД у 109 пациентов с терминальной хронической почечной недостаточностью (ТХПН). Кроме того, проанализированы результаты консультирования ангиохирургами 144 пациентов с ТХПН, у которых имелись «проблемные» ПСД, не позволявшие адекватное продолжение процедур ГД. Средний возраст пациентов для обеих групп составил – 57,6 ±13,9, женщин и мужчин было поровну. Основные причины развития ТХПН: гломерулонефрит – 31,2%, сахарный диабет – 21,1% и поликистоз почек – 17,4%. Индекс коморбидности (ИК) пациентов составил 4,51. Консультации и формирование ПСД осуществлялись в условиях нового межведомственного взаимодействия амбулаторных центров, занимающихся ГД, и ангиохирургов, специализирующихся на ультразвуковом картировании периферических сосудов и выполнении различных вариантов ПСД. В этих условиях специализированная ангиохирургическая помощь была максимально приближена к пациенту с выездом в ряде случаев сосудистого хирурга в города Свердловской области и за ее пределы. Варианты формирования ПСД были обусловлены следующими обстоятельствами: длительность ТХПН, возраст пациента и его соматическая патология (ИК), наличие в анамнезе ПСД и их осложнений (дисфункция, тромбоз, стеноз, аневризма), данные предоперационного клинического осмотра и ультразвукового картирования периферических сосудов. Статистическая обработка материала проведена с использованием стандартных методов обработки с применением программы «MedCalc». Результаты: Из 109 оперированных пациентов первичные артерио-венозные фистулы (АВФ) выполнены в 60 случаях (55%): типа Brescia—Cimino - 27 (45,0%), в зоне «анатомической табакерки» - 25 (41,7%), различные варианты АВФ на предплечье – 8 (13,3%). Коррекция АВФ при ее дисфункции произведена у 24 пациентов (22,0%). Вторичные АВФ различных модификаций наложены в 25 случаях (23,0%). Превентивные АВФ выполнены у 8 пациентов (7,3 %). При консультировании пациентов с «проблемными» ПСД определена тактика их дальнейшего обследования и ведения для подготовки к возможной коррекции ПСД. Выявлено, что из 144 пациентов осуществить коррекцию ПСД было невозможно в 13 случаях (9,1%), 13 пациентов (9,1%) нуждались в расширенном обследовании (10-ти из них была необходима флебография с контрастированием подключичной вены). Возможность выполнения нативной АВФ была выявлена у 54 пациентов (37,5%), применение эксплантата запланировано у 8 (5,5%). Возможность коррекции имеющегося ПСД была зарегистрирована у 56 пациентов (38,9%): необходимость баллонной ангиопластики - у 7, открытой реконструкции – у 49. Из 144 пациентов с «проблемными» ПСД за указанный срок было оперировано 40 человек. Заключение: Внедренная схема межведомственного взаимодействия позволила преодолеть трудности маршрутизации пациентов с ТХПН благодаря появлению обратной связи между нефрологами и ангиохирургами, что, в свою очередь, привело к ускорению сроков наложения ПСД на 2-3 месяца. Грамотный и взвешенный подход ангиохирургов на основе ультразвукового картирования предполагал выбор оптимального варианта ПСД для исключения из эксплуатации временных венозных катетеров.

32.ЭТАПНОЕ ОКАЗАНИЕ НЕОТЛОЖНОЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ИНФЕКЦИЕЙ МЯГКИХ ТКАНЕЙ

Галимзянов Ф.В.

Екатеринбург

ГБУЗ СО "СОКБ №1"

Цель. Показать организацию этапного лечения пациентов с хирургическими инфекциями мягких тканей в условиях отделения гнойной хирургии (ОГХ) многопрофильного стационара. Материал и методы. ГБУЗ СО "СОКБ№1" (Свердловская областная клиническая больница № 1) - это многопрофильное учреждение, где хирургическая помощь больным хирургической инфекцией мягких тканей осуществляется в отделении гнойной хирургии (ОГХ) на 35 коек. В основе его лежит принцип мультидисциплинарного подхода к диагностике и лечению пациентов с хирургическими инфекциями мягких тканей, которые госпитализируются в соответствии с маршрутизацией. При оказании хирургической помощи используются все возможности диагностики и лечения в многопрофильном стационаре. При диагностике учитываются анамнез, клинические признаки, состояние раны, тяжесть инфекции, результаты лабораторных анализов, дополнительных методов исследования. В течение года больных с инфекциями мягких тканей в отделении проходит более 300 человек, что приближается к 50% от общего числа пациентов проходящих через отделение гнойной хирургии. Показанием к госпитализации является наличие признаков тяжелой инфекции по D.H. Ahrenholz (1991) 3 - 4 уровня поражения. Как правило, преобладают мужчины работоспособного возраста. Результаты и обсуждение. Первичные оперативные вмешательства, в большинстве случаев, выполняются по месту жительства в условиях ЦГБ и ММЦ. В многопрофильный стационар переводятся больные при неэффективности лечения по согласованию с заведующим отделением в соответствии с маршрутизацией или через ЦМК. В ОГХ пациентам выполняются по неотложным показаниям операции в связи с развитием некроза фасциально-апоневротических образований и жировой клетчатки. Реконструктивные операции осуществляются после купирования инфекционного процесса, полного очищения раневой поверхности. Общие принципы лечения включают хирургическую обработку раневого дефекта с полным удалением нежизнеспособных тканей, вскрытие абсцессов/флегмон, при выявлении остеомиелита – проведение некрсеквестрэктомии, по показаниям выполняются реваскуляризации конечности, экономные или высокие ампутации, используются современные атравматичные перевязочные средства, соответствующие стадии раневого процесса. Системная антибактериальная профилактика или терапия проводится всем больным. Лекарственная терапия ангиопатии, нейропатии и остеоартропатии - при наличии показаний. Принципы хирургической обработки - традиционные. Целью хирургического пособия является максимальное сбережение мягких тканей, если гнойно-некротический процесс не угрожает жизни пациента. При хирургической обработке для санации гнойных ран применяем струю аргоновой плазмы. Также дополняем хирургическую обработку ультразвуком, разработанным и изготовленным компанией ФОТЕК (г. Екатеринбург), NPWT. Заключение. Инфекции мягких тканей – медико-социальная и экономическая проблема. Основами ее успешного решения является как этапное ведение пациентов в соответствии с едиными методологическими принципами, так и совместные действия врачей различных

специальностей на диагностическом, лечебном и реабилитационном этапах. Должны внедряться в практику специально разработанные комплексные программы, которые бы включали профилактику развития инфекции или реинфекции мягких тканей.

33.ОЗОНОТЕРАПИЯ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С СИНДРОМОМ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ

Бабаджанов Ж.К

Ургенч

Ургенчский филиал Ташкентской медицинской академии

Введение. Синдром диабетической стопы - одно из частых осложнений сахарного диабета (СД), обусловленное глубокими анатомо-функциональными изменениями в сосудах, нервах и костях, которые приводят к язвенно-некротическим процессам стопы, вплоть до развития диабетической гангрены и инвалидизации больных. Цель. Оценить роль озонотерапии в комплексном лечении больных с синдромом диабетической стопы. Материалы и методы. Всего с язвенно-некротическими процессами пролечено 38 больных. Средний возраст 58 лет. Сахарный диабет II типа. Количество инсулинзависимых было 50%. Контрольную группу составили 18 человек, которые получали традиционное лечение, включая сулодексид. У 11 произведены экономные резекции стопы. Выполнено 3 ампутации в средней трети бедра. У 20 больных, кроме медикаментозного лечения была использована системная озонотерапия (ОТ) – (внутривенные и внутриаартериальные инфузии озонированного физиологического раствора) и местная ОТ - газация озонкислородной смесью в мешке. Концентрация озона в растворе – 0,8 мг/л, в озонкислородной смеси – 517мг/л. Для получения озонкислородной смеси из медицинского кислорода использовали озонатор «Медозонс БМ». Экономные резекции в этой группе выполнены у 14% больных. Ампутаций не было. Результаты. Эффективность лечения оценивали по клиническим проявлениям, биохимическим показателям, скорости эпителизации ран, данным лазерной доплеровской флоуметрии (ЛДФ). Анализ непосредственных результатов показывает, что в группе больных, получавших все виды ОТ, в среднем на 3-5 дней раньше нормализовалась температура, уменьшались симптомы интоксикации, очищалась раневая поверхность, на 3-4 дня – биохимические показатели и уровень гликемии. Скорость эпителизации в контрольной группе составила 1,3%, при ОТ – 2,4 %. Средние сроки пребывания в стационаре соответственно 62 и 53 дня. Показатели микроциркуляции на краях раны приблизились к норме на 7-10 сутки в контрольной группе и 5-7 сутки у больных, получавших ОТ. Выводы. Озонотерапия является эффективным дополнительным методом при лечении гнойно-некротических процессов у больных с СД.

34. РОЛЬ ПРИМЕНЕНИЯ ЖГУТА КАК ЭЛЕМЕНТА ПЕРВОЙ ПОМОЩИ У ПОСТРАДАВШИХ, ИЗВЛЕЧЕННЫХ ИЗ-ПОД ЗАВАЛА

Бабаджанов Ж.К.

Ургенч

Ургенчский филиал Ташкентской медицинской академии

Введение. Синдром длительного сдавления (СДС) чаще всего встречается у пострадавших, извлеченных из-под завала при землетрясениях и техногенных катастрофах. Одной из актуальных проблем оказания первой помощи при этом является необходимость применения кровоостанавливающего жгута. Цель. Оценить роль жгута как компонента первой помощи при синдроме длительного сдавления. Материалы и методы. Объектом исследования были 18 кроликов. СДС моделировался при помощи прибора регулируемой компрессии (ПРК-1). В зависимости от оказываемой помощи в посткомпрессионный период, все животные были разделены на 2 группы по 9 животных в каждой. В обеих группах осуществлялся двукратный забор крови для биохимического исследования. Длительность нахождения животного в эксперименте - 3 суток. После осуществлялся забор тканей: мышцы сдавливаемой конечности, почки, легкое. Выполнялись срезы с окраской гематоксилином и эозином. Результаты. В основной группе более высокие значения маркеров почечной дисфункции в результатах обоих заборов крови. Высокий уровень С-реактивного белка в основной группе через сутки после устранения компрессии свидетельствует о более высоком уровне медиаторов воспаления. Именно фактор наложения жгута обусловил большую тяжесть повреждения в основной группе. Выводы. В первые часы после устранения компрессии конечности сохраняется «блокада» МЦР, что препятствует быстрому восстановлению кровотока в очаге повреждения. Наложение жгута приводит к увеличению повреждения тканей конечности. Целесообразно ограничить показания к его использованию продолжающимся кровотечением и полным размождением сегмента конечности.

35. ВЫБОР ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ ЛЕЧЕНИЯ ОБТУРАЦИОННОЙ ОПУХОЛЕВОЙ ТОЛСТОКИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ

Пономарев А.Г.(1), Мансуров Ю.В.(2), Нишневич Е.В.(3)

Екатеринбург

1) МАУ "ГКБ№40", 2) ГБУЗ СО "СОКБ №1", 3) МАУ "ГКБ№40"

Выбор метода хирургической коррекции обтурационной опухолевой толстокишечной непроходимости (ОТКН) остается предметом многочисленных дискуссий в связи с

необходимостью решения двух фундаментальных задач - устранение непроходимости и радикальное удаление опухоли. Цель исследования - определение оптимальной тактики ведения больных с опухолевой толстокишечной непроходимостью. Материал и методы. В исследование включены 297 пациентов (149 мужчин и 148 женщин), оперированные по поводу ОТКН в колопроктологическом отделении МАУ ГКБ №40 за период с 2004 по 2016 год. Критериями исключения определены: 1) отдаленные метастазы при первичной операции; 2) распространенный перитонит вследствие престенотической перфорации кишки или перфорации опухоли. До 2009 года приоритетной была первично-радикальная тактика хирургического лечения ОТКН, с последующим выполнением восстановительной операции (1 группа). С 2009 года тактика пересмотрена в пользу двухэтапного хирургического лечения больных с ОТКН: на первом этапе — формирование разгрузочной стомы, на втором — выполнение радикальной операции с ликвидацией стомы (2 группа). Исходя из тактических подходов, все пациенты были разделены на 2 группы. В 1 группе (143 пациента) были выполнены следующие операции: обструктивная резекция прямой и сигмовидной кишки (78 операций, 54,5%), обструктивная левосторонняя гемиколэктомия (52 операции, 36,4%), правосторонняя гемиколэктомия (11 операций, 7,7%), субтотальная колэктомия (2 операции, 1,4%). Восстановительная операция выполнена у 122 больных. Во 2 группе (154 пациента) первично 82 пациентам (53%) выполнена колостомия или илеостомия лапаротомным доступом, а 72 (47%) – лапароскопическая стомирующая операция. Радикальное оперативное лечение выполнялось в плановом порядке, в специализированном колопроктологическом отделении, с соблюдением всех онкологических принципов. Повторные операции выполнены 41 (56,9%) пациентам после лапароскопической операции, в 44 (53,6%) случаях после лапаротомии. Исследуемые группы были сопоставимы по количеству больных, возрасту, гендерному составу, характеру сопутствующей патологии. Результаты. У 25 (18,5%) пациентов 1 группы выявлены послеоперационные осложнения: тяжелые внутрибрюшные осложнения в 8 случаях (5,6%) – распространенный перитонит (1 пациент) и абсцесс брюшной полости (7 пациентов). Продолжительность госпитализации была от 2 до 33 суток, в среднем - $18,59 \pm 3,55$ суток. Летальность составила 10,5 % (15 пациентов). Восстановительная операция выполняли в сроки от 106 до 356 дней, с средним через $188,9 \pm 54$ дня. Общие результаты лечения пациентов в 1 группе: осложнений – у 45 пациентов (31,5%), летальность – 12,6% (18 пациентов). Во 2 группе выявлены только послеоперационные осложнения легкой степени (серомы) у 7 (4,4 %) пациентов, не потребовавшие дополнительного хирургического вмешательства. У пациентов 2 группы длительность госпитализации составила от 1 до 30 суток, в среднем $14,93 \pm 3,23$ суток. У 10 пациентов (6,5 %) 2 группы был летальный исход. Временной интервал между операциями составил от 13 до 71 дня, в среднем - $36,9 \pm 9,1$ дней. После всех этапов хирургического лечения во 2 группе: осложнений – у 14 пациентов (11,3%), летальность – 7,8% (12 пациентов). У 29 (23,8%) пациентов 1 группы резекция толстой кишки не являлась радикальной, что подтверждается данными гистологического исследования: в дальнейшем выявлены - местный рецидив опухолевого процесса, рецидив рака в отключенной культе и в стомированной кишке, метастазы в печени, мультицентрические раковые опухоли в толстой кишке. Выводы: 1. Двухэтапное хирургическое лечение ОТКН с первичным формированием разгрузочных кишечных стом позволило снизить летальность с 12,6% до 7%. 2. При двухэтапной хирургической тактики у больных с ОТКН уменьшилось количество послеоперационных осложнений с 31,5% до 11,3%. 3. При двухэтапном лечении

ОТКН значительно сокращен временной интервал между наложением стомы и восстановительной операцией.

36. РАСПРОСТРАНЕННЫЙ РАК ОБОДОЧНОЙ КИШКИ, ОСЛОЖНЕННЫЙ ПЕРФОРАЦИЕЙ

Тур Г.Е., Тур А.Г.

Минск

Минский городской клинический онкологический диспансер

Актуальность. Перфорация опухоли и супрастенотическая перфорация толстой кишки встречаются по данным разных авторов у 10 – 15 % с колоректальным раком. Ситуация осложняется при наличии нерезектабельных опухолей и множественных отдаленных метастазов. Тактика лечения этой категории пациентов вариабельна и не определена. Цель работы. Оценить непосредственные результаты лечения пациентов с распространенным колоректальным раком, осложненным перфорацией опухоли, которым предварительно была выполнена симптоматическая операция. Материалы и методы. Был проведен ретроспективный анализ историй болезни 19 пациентов. Среди пациентов было 10 женщин и 9 мужчин. Средний возраст составил 68.4 ± 7.1 (62 – 78) лет. Первичная опухоль локализовалась в правом фланге ободочной кишки у 11 пациентов, в поперечно-ободочной кишке - у 4, в левом фланге и сигмовидной кишке – у 4. Средний максимальный размер опухоли составил 7.8 ± 7.3 (6 – 13) см. Множественные метастазы в печень выявлены у 14 пациентов (73.7 %). Результаты и обсуждение. Симптоматическая операция предусматривала ликвидация, либо профилактика кишечной непроходимости при нерезектабельных опухолях по местному статусу и при наличии множественных метастазов в печень. Илеотрансверзостомия выполнена 11 пациентам, трансверзосигмостомия - 3, колостомия – 5 пациентам. В сроке 2 – 7 суток у пациентов появились признаки перфорации полого органа с развитием перитонита. Следует отметить, что проведенное ранее оперативное вмешательство несколько смазывало клиническую картину на фоне комплексной терапии в послеоперационном периоде. Это иногда приводило к неадекватной оценке симптомов и поздней диагностике. Релапаротомия произведена 17 пациентам, причем у 14 показанием к операции являлось подозрение на несостоятельность обходного анастомоза. Во время операции была выявлена перфорация опухоли с развитием перитонита различной степени распространения. Послеоперационная летальность составила 76.5 % (13 пациентов из 17, которым была произведена релапаротомия). У 2 пациентов на фоне перитонита развилась полиорганная недостаточность, что привело к летальному исходу без повторной операции. Выводы и рекомендации. При наличии нерезектабельных опухолей по местному статусу и принятом решении о выполнении симптоматической операции целесообразно производить профилактическое укрывание опухоли лоскутом сальника (оментопластика) или участком

париетальной брюшины. При резектабельности опухоли, несмотря на наличие множественных метастазов в печень, оправдана паллиативная резекция или гемоколэктомия.

37. ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НЕСФОРМИРОВАННЫХ ТОНКОКИШЕЧНЫХ СВИЩЕЙ

Воленко А.В.(1), Горский В.А.(2).

Москва

1. ГБОУ ДПО РМАНПО, 2. РНИМУ им. Н.И. Пирогова.

Лечение больных с наружными кишечными свищами является сложной хирургической проблемой. Цель работы. Улучшение результатов диагностики и лечения несформированных тонкокишечных свищей. Материалы и методы. Наш клинический материал включает 164 больных с несформированными тонкокишечными свищами. У 51 (31,1%) свищи были полными с потерями более 1,5 литров тонкокишечного химуса. У 113 (68,9%) свищи были неполными с потерями в среднем 504+61,2 мл тонкокишечного химуса. В последние годы преобладают больные с большими дефектами передней брюшной стенки, свищи у которых локализовались на эвентрированных в рану петлях тонкой кишки. При обследовании больных с тонкокишечными свищами наиболее информативны пальцевое исследование кишечного свища и рентгеноконтрастная энтерография. Для прямой фистулоэнтерографии через свищ в оба устья кишки вводим катетеры Фолея. Затем последовательно туго заполняя кишечные петли контрастом, в качестве которого мы чаще всего используем жидкую взвесь сульфата бария. Это исследование позволяет точно определить локализацию свища, его высоту, проходимость тонкой кишки ниже свищевого отверстия, определить принадлежность, локализацию и топографию приводящих и отводящих отделов тонкой кишки в брюшной полости, обнаружить дополнительные недоступные осмотру кишечные свищи и их локализацию. При невозможности выполнения описанной выше прямой фистулоэнтерографии, выполняем прямую рентгеноконтрастную дуоденоэнтерографию, позволяющее точно определить топографию приводящей петли несущей свищ. Оба эти исследования обязательно должны выполняться с участием хирурга. Прямая фистулоэнтерография и дуоденоэнтерография дают объективную информацию о топографии тонкой кишки в брюшной полости, о проходимости тонкой кишки ниже свища, что обеспечит успех хирургического лечения больного с кишечными свищами. Результаты. Если кишечный свищ локализуется на эвентрированной петле тонкой кишки, то использование обтураторов неперспективно. Ушивание несформированного свища в гнойной ране никогда не приводит к его заживлению. У больных с несформированными тонкокишечными свищами в сочетании с большими дефектами передней брюшной стенки радикальные операции – резекции тонкой кишки несущей свищ характеризуются высокой летальностью. В таких случаях перспективны ранние нерадикальные операции - выключения из пассажа участка кишки несущей свищ. Условиями выполнимости операции выключения являются наличие изолированного от

гношной раны участка брюшной полости и нахождение в нем приводящей и отводящей петли тонкой кишки несущей свищ. Операция по выключению петли тонкой кишки несущей свищ необходимо выполнять из доступа вне гнойной раны, с соблюдением всех правил хирургической асептики. Успех таких операций зависит от точных знаний топографии тонкой кишки несущей свищ в брюшной полости, в том числе относительно гнойной раны и самого свища. Выводы. Таким образом, прямая рентгеноконтрастная фистулоэнтерография и дуоденоэнтерография позволяют точно определить локализацию свища, проходимость кишечных петель ниже свищевого отверстия, топографию приводящей и отводящей петли кишки несущей свищ относительно раны и самого кишечного свища. Все это обеспечивает успех выполнения операции по выключению из пассажа участка кишки несущей свищ. У больных с несформированными тонкокишечными свищами более перспективны двухэтапные хирургические вмешательства, направленные на первом этапе на выключение из пассажа участка тонкой кишки несущей свищ.

38. НЕСОСТОЯТЕЛЬНОСТЬ КИШЕЧНЫХ ШВОВ: АЛГОРИТМЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ

Ермолов А.С.(1), Воленко А.В.(1,2), Благовестнов Д.А.(1).

Москва

1. ГБОУ ДПО РМАНПО.

2. Клинический госпиталь ФКУЗ «МСЧ МВД России по г. Москве»

Несостоятельностью кишечного шва (НКШ) является разгерметизация просвета ЖКТ в зоне ушитой сквозной раны кишечной стенки, приводящая к проникновению из просвета ЖКТ микроорганизмов и кишечного химуса в брюшную полость и развитию местных или общих явлений перитонита. Наибольшая частота НКШ отмечена в группе эзофагоэнтеро и низких колоректальных анастомозов, а также в экстренной хирургии при перитоните, кишечной непроходимости, огнестрельных ранениях ЖКТ, тупой травме живота и пр. НКШ мы классифицируем по морфологии на физическую и биологическую, по форме клинического течения на острую (явную) и подострую (стертую), по срокам возникновения на сверхраннюю возникающую в 1-2 сутки после операции, раннюю до 7 суток послеоперационного периода, и позднюю в сроки более 7 суток после операции. У больных с явной НКШ или подозрением на НКШ нами разработан следующий алгоритм диагностической и хирургической тактики. При клинической картине распространенного послеоперационного перитонита, вне зависимости от наличия симптомов НКШ и сроков ее возникновения показана экстренная релапаротомия. При неблагоприятном течении послеоперационного периода и подозрении на несостоятельность анастомоза, при наличии послеоперационного инфильтрата или жидкостного скопления в зоне операции, в клинически неясных случаях, при явной несостоятельности анастомоза и отсутствии симптомов перитонита, особенно в случаях поздней несостоятельности показано проведение рентгеновского исследования, УЗИ и при

необходимости КТ и МРТ исследований. При подозрении на несостоятельность эзофаго-энтероанастомоза рентгенологическое исследование начинаем с обзорной рентгенографии брюшной полости, затем выполняем рентгенографию пищевода с использованием водорастворимых контрастов. При рентгенологическом подтверждении НКШ пищеводно-кишечного анастомоза оцениваем размеры и объем затека за контуры ЖКТ, проходимость анастомоза, наличие и адекватность дренирования затека контрастного вещества. При отсутствии отграничения, особенно в сроки до 7 суток после операции, отсутствии адекватного дренирования зоны затека контрастного вещества, непроходимости анастомоза, даже при отсутствии распространенных явлений перитонита считаем целесообразным выполнение релапаротомии. При подозрении на НКШ на толстой кишке и при наличии дренажей, особенно в зоне колоректо анастомоза отдавали предпочтение фистулографии через дренаж стоящий у анастомоза. При отсутствии дренажей в зоне анастомоза выполняли ирригоскопию, заполняя толстую кишку только несколько выше анастомоза. При этом изучали как фазу наполнения, так и опорожнения, размеры и локализацию затека контрастного вещества через несостоятельный анастомоз, его отграниченность, опорожнение как толстой кишки, так и прилежащего к анастомозу полостного образования - затека. При несостоятельности колоколо анастомоза целесообразно разобщение соустья с выведением концевых колостом. Формирование, в такой ситуации, цекостомы ошибочно и никогда не исключает поступление кала в зону несостоятельного анастомоза. При несостоятельности коло-ректоанастомоза необходимо отключение путем пересечения кишки выше анастомоза и формирование концевой колостомы. Разработанный алгоритм хирургической тактики при несостоятельности кишечных швов позволил сократить летальность и количество необоснованных релапаротомий.

39.ВЫРАЖЕННОСТЬ ЭНДОГЕННОЙ ИНТОКСИКАЦИИ У БОЛЬНЫХ С РАЗЛИЧНЫМИ ФОРМАМИ ЛЕГОЧНЫХ НАГНОЕНИЙ, В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СТЕПЕНИ ПЕРИФОКАЛЬНОЙ ИНФИЛЬТРАЦИИ ЛЕГОЧНОЙ ТКАНИ

Башилов Н.И.

Чита

ФГКУ «321 военный клинический госпиталь» МО РФ

Несмотря на современные достижения торакальной хирургии лечение больных с гнойно-деструктивными заболеваниями легких (ГДЗЛ) является весьма актуальной проблемой, что связано, в первую очередь, с сохранением высокого уровня летальности (до 70% при некоторых формах ГДЗЛ). Успехи лечения больных легочными нагноениями зависят от адекватного уровня диагностики и своевременного начала рациональной комплексной терапии. Материалы и методы. Было проведено комплексное обследование пациентов с различными формами абсцессов легкого, для определения выраженности интоксикации

использовались показатели лейкоцитарного индекса интоксикации по Кальф-Калифу (ЛИИ) и уровень С-реактивного белка (СРБ), степень перифокальной инфильтрации определялась по рентгенограммам груди в 2-х проекциях, в соответствии с классификацией В.К. Островского и А.А. Шнейдера (1990 г.), статистическая обработка массива полученных данных осуществлялась в программном обеспечении MS Excel. Полученные результаты. В исследование включено 46 пациентов с различными формами острых абсцессов легких, медиана возраста составила в группе 52 года, из них в 7 наблюдениях (15%) при обследовании больных выявлена I степень перифокальной легочной инфильтрации, в 18 (39%) – II, в 13 (28%) – III, в 8 (18%) – IV, V степени, средние значения ЛИИ и уровня СРБ в плазме крови составили 3,07 и 87,9 мг/л, соответственно. В подгруппе больных с I степенью легочной инфильтрации средние значения составили ЛИИ 1,03, (медиана (Me) 0,96), СРБ 19,52 (Me 16,23) мг/л, в подгруппе со II ст. – ЛИИ 2,75 (Me 1,36), СРБ 67,42 (Me 53,18) мг/л, в подгруппе с III ст. – ЛИИ 3,34 (Me 1,97), СРБ 76,45 (Me 81,9) мг/л, в подгруппе с IV и V ст. – ЛИИ 5,13 (Me 3,61), СРБ 103,92 (Me 100,51) мг/л. Обсуждение. При увеличении степени перифокальной инфильтрации у больных с легочными нагноениями наблюдается нарастание уровня эндогенной интоксикации, характеризующееся увеличением показателей ЛИИ и СРБ, при этом коэффициент линейной корреляции Пирсона составил 0,37 и 0,41 соответственно. Таким образом, обнаружение на рентгенограммах выраженной перифокальной инфильтрации у больных с ГДЗЛ обуславливает расширение диапазона патогенетической терапии, направленной на устранение эндогенной интоксикации, и поддержание иммунной защиты организма. Выводы. Обнаружена прямая зависимость (индекс Пирсона ? 0,3) между степенью перифокальной легочной инфильтрации и выраженностью эндогенной интоксикации у больных с легочными нагноениями. Тяжесть общего состояния пациентов с ГДЗЛ определяется, в том числе, степенью перифокальной инфильтрации легочной ткани.

40. ЯТРОГЕНИИ ПО МАТЕРИАЛАМ КУРСКОЙ ОКБ ЗА 10 ЛЕТ

Лазаренко В.А.(1), Бондарев Г.А.(1), Пирогов В.Г.(2), Логачева С.В.(1)

Курск

- 1) ФГБОУ ВО «Курский государственный медицинский университет»,
- 2) ОБУЗ «Патологоанатомическое бюро»

Цель работы: ретроспективный анализ ятрогений, отраженных в протоколах патологоанатомического исследования умерших больных для разработки возможных путей их профилактики. Материал и методы. Проведена экспертиза медицинской документации 67 больных, умерших в Курской ОКБ за последние 10 лет, у которых факт ятрогении был отражен в протоколе патанатомического исследования. Большинство ятрогений (79,1%) были зарегистрированы в отделениях хирургического профиля. Ятрогении встречались с одинаковой частотой независимо от пола. За 10 лет отмечается четкая тенденция снижения

частоты ятрогений с 17,9% до 1,5% от их общего количества. До половины всех ятрогений у мужчин зарегистрированы в возрастной группе 56 - 65 лет, у женщин - в группе старше 66 лет. Хирургические ятрогении доминировали среди умерших и терапевтических (64,3%), и в хирургических (79,2%) отделениях. Данная тенденция вполне объяснима, что в большинстве случаев (94,3%) было обусловлено топографо-анатомическими особенностями, выраженным спаечным процессом и др. Медикаментозная ятрогения встречалась в 8,6 раза реже и составила 7,5% в общей структуре ятрогений (синдром массивных трансфузий с гипергидратацией внеклеточного сектора, геморрагический синдром на фоне лечения стероидными препаратами, антикоагулянтной или заместительной гемотрансфузионной терапии; язвенный панколит на фоне массивной антибактериальной терапии). На третьем месте находятся ятрогении инструментально - диагностического и реанимационного характера (по 5,9%): среди них можно отметить гематому переднего средостения при проведении пункции подключичной вены, нарушение работы электрокардиостимулятора в поле МРТ, гемоперитонеум малого объема при проведении диагностической лапароскопии, кровотечение после коронарографии. Реже всего встречались ятрогении септического характера (4,6%): нагноение послеоперационного ложа, септические осложнения. Из трех известных категорий ятрогений преобладали ятрогении II категории (62,7%), второе место заняли ятрогении I категории (32,8%), на третьем месте были ятрогении III категории (4,5%). В большинстве случаев проанализированных ятрогений необходимость манипуляций и действий, которые способствовали возникновению ятрогении, была обоснована в 63 случаях (94%), сомнительность действий и манипуляций наблюдалась в 3 случаях (4,5%), в 1 случае (1,5%) действие, способствовавшее возникновению ятрогении, было необоснованным (МРТ - исследование пациенту с электрокардиостимулятором с последующим нарушением работы последнего). Ятрогенное повреждение было диагностировано в профильном отделении в 24 случаях (35,8%), в операционной - в 22 случаях (32,8%), при патологоанатомическом исследовании - в 21 случае (31,4%). В большинстве случаев (37; 55,2%) стаж работы врача - автора ятрогении составлял от 6 до 10 лет, реже всего ятрогении отмечены у врачей со стажем работы менее 5 лет (2 случая, 3%). Таким образом, совершенствование методов диагностики и лечения, повышение профессионального уровня врачей способствуют сокращению частоты ятрогений, однако ятрогении остаются неизбежным явлением в деятельности врача. Ятрогении чаще встречаются в отделениях хирургического профиля и по своему характеру они значительно чаще являются «хирургическими». Среди умерших больных ятрогении у женщин чаще регистрируются в возрасте старше 66 лет, а среди мужчин - в группе от 56 до 65 лет. Среди всех ятрогений преобладали ятрогении II категории - 62,7%. Ятрогении диагностируются примерно с одинаковой частотой в профильном отделении, в операционной и посмертно. Ятрогении встречаются в большинстве случаев (55,2%) у врачей со стажем от 6 до 10 лет. Наличие ятрогении не должно носить «обвинительного» оттенка, для адекватной профессиональной и юридической оценки ятрогении необходимы тщательное коллегиальное расследование и соответствующая оценка.

41. ЛЕТАЛЬНОСТЬ ПРИ ОСТРОМ ПАНКРЕАТИТЕ И ПУТИ ЕЕ СНИЖЕНИЯ

*Лазаренко В.А. (1), Бондарев Г.А. (1), Григорьев Н.Н. (1),
Григорьев С.Н. (2), Пирогов В.Г. (3), Логачева С.В. (1)*

Курск

- 1) ФГБОУ ВО «Курский государственный медицинский университет»,
- 2) БМУ «Курская областная клиническая больница»,
- 3) ОБУЗ «Патологоанатомическое бюро»

Цель исследования: анализ летальности от острого панкреатита (ОП) в Курской областной клинической больнице (ОКБ) за последние 7 лет для выработки возможных рекомендаций по ее снижению. Материал и методы. Проведена экспертиза 110 протоколов патологоанатомического исследования умерших от ОП в соответствии со специально разработанной анкетой. Результаты. В анализируемой группе преобладали мужчины (60%). Средний возраст умерших составил $50,1 \pm 5,5$ лет. Длительность заболевания до госпитализации в ОКБ колебалась от 4 ч до 2,5 мес. Лишь 13,6% всех умерших поступили в ОКБ до 24 ч от начала заболевания. Подавляющее большинство больных – 80 чел. (72,7%) были переведены в ОКБ из хирургических отделений районных стационаров, где они находились на лечении от 3 сут. до 2 нед., при этом 7 больным в ЦРБ были выполнены экстренные лапароскопии, 14 пациентам – экстренные лапаротомии по поводу: ОП (12 чел.), острого холецистита (1 чел.) и предполагавшегося острого аппендицита (1 чел.). Больные находились в ОКБ от 1 сут. до 124 сут., средние сроки пребывания составили $22,2 \pm 11,7$ сут. В анализируемой группе умерших в 2,1 раза преобладал небилиарный панкреонекроз (ПН), его удельный вес составлял 68,2%. Это свидетельствует не только о большей частоте этой формы заболевания, но и о более частом «агрессивном» течении патологии, связанной с алиментарным и/или алкогольным фактором. Далеко не всегда летальный исход определялся массивностью ПН. Тотальный ПН отмечен при жизни лишь у 7,3% умерших, он встречался в 1,6 раза реже, чем крупноочаговый (11,8%), субтотальный ПН встречался чаще всего (51,8%), т. е. более чем у половины умерших. В 6,4% случаев был диагностирован субтотально - тотальный ПН. В 22,7% случаев, несмотря на ультразвукографический мониторинг, применение КТ, лапароскопии, других хирургических диагностических и лечебных технологий, объем поражения ПЖ при жизни установить по разным причинам не удалось. При жизни больных было диагностировано 96 различных осложнений 928 раз (на 1 умершего приходится в среднем 8,4 осложнения). Нередко главным осложнением ОП, которое в итоге оказывается фатальным, являются кровотечения различной локализации - 47,3%. В среднем на 1 умершего больного приходится 2,6 сопутствующих заболеваний. 104 чел. (94,5%) были оперированы в ОКБ. В целом умершие больные перенесли от 1 до 17 оперативных вмешательств (в среднем - 5,4 операции), включая малоинвазивные. Отмечается прижизненная гипердиагностика билиарного характера воспаления ПЖ в 2,8 раза. Посмертно тотальный ПН диагностирован в 4 раза чаще, чем при жизни. Случаев прижизненной гиподиагностики было в 1,6 раза меньше, чем гипердиагностики. Чаще всего при жизни не были диагностированы отек легких, экссудативный плеврит, некупированная забрюшинная флегмона. Выводы: 1) Для снижения летальности у больных ОП необходим комплекс организационных мер, направленных на более раннее обращение пациентов за первичной

медицинской помощью, своевременный перевод нуждающихся в этом больных из районных стационаров в областную больницу, сокращение числа неоправданных открытых оперативных вмешательств в ЦРБ. 2) Для оптимизации стратегии и тактики лечения ОП, кроме традиционных методов мониторинга, необходимо более широкое и раннее использование в динамике современных высокоинформативных методов мониторинга и топической диагностики - КТ, МРТ. 3) Учитывая огромное число разнообразных осложнений, развивающихся у больных ОП, а также большое количество сопутствующих соматических заболеваний, утяжеляющих течение ОП, для улучшения результатов лечения и снижения летальности необходим более тесный и адекватный междисциплинарный подход при ведении этих пациентов. 4) Учитывая важную роль в танатогенезе больных ОП различных кровотечений (в брюшную полость, забрюшинное пространство, из варикозно расширенных вен пищевода или желудочно – кишечных), отмеченных почти у каждого второго умершего, необходим комплекс активных целенаправленных мер по их профилактике, ранней диагностике и адекватному лечению.

42.ЭТИОЛОГИЯ ГНОЙНОГО ПЕРИТОНИТА У ДЕТЕЙ ПРИ ПЕРФОРАЦИИ ЖЕЛУДКА ИЛИ КИШЕЧНИКА И ОПТИМИЗАЦИЯ ДИФФЕРЕНЦИРОВАННОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ

Гусак С.Н., Вечеркин В.А., Черных А.В, Баранов Д.А., Складорова Е.А., Шестаков А.А.

Воронеж

Воронежский государственный медицинский университет имени Н.Н.Бурденко.

Актуальность: Гнойный перитонит у детей вызванный перфорацией желудка или кишечника, сегодня характеризуется все еще недостаточно полной изученностью этиопатогенеза заболевания, с высоким уровнем летальности и инвалидизации больных. Цель исследований: Патогенетически обосновать тяжесть состояния больных гнойным перитонитом в зависимости от генеза заболевания, этиологии и развившихся гнойных осложнений. Разработать эффективное дифференцированное лечение больных детей в зависимости от возбудителя болезни. Материалы и методы исследований: Обследовано 67 детей (исключая новорожденных) возраста от 1,5 месяцев до 15 лет, больных гнойным перитонитом, лечившихся в стационаре по поводу перфорации желудка или кишечника на различном уровне с 2007 по 2016 год. Выделены две группы больных гнойным перитонитом одинаковых по полу, возрасту и тяжести течения заболевания. Контрольную группу составили 36 детей, лечившихся в период 2007-2012 годы по поводу гнойного перитонита не аппендикулярного генеза. Другую - основную группу больных гнойным перитонитом при перфорации желудка или кишечника составил 31 ребенок лечившийся в период 2012-2016 годов. Проведено классическое обследование больных детей по традиционной схеме. Бактериологическое исследование культур роста возбудителей из выпота брюшной полости и их идентификация

осуществлялась при помощи баканализатора Labsystems iEMS Reader MF, с использованием коммерческих микротест-систем. Для идентификации культур роста гноеродных микробов использованы компьютерные программы «Микроб-автомат» и «Микроб-2». Диагностики сепсиса просуществлялась определением уровня прокальцитонина сыворотки крови экспресс- тестом фирмы Brachms A.G. Результаты исследований: В обеих группах 67 обследуемых, перфорация желудка или кишечника на уровне эпигастрия, мезогастрия или гипогастрия обнаружилась в целом : как: травматический разрыв желудка или тонкой кишки- у 13 детей, перфорация язвы желудка – у 2 детей, перфорация 12 перстной кишки при ее язвенной болезни у 7детей - старшеклассников , перфорация тонкой кишки инородным телом- у 4 детей, перфорация при удвоении подвздошной кишки -5 детей, перфорация гангренозно- измененного дивертикула Меккеля – у 16 больных, перфорация тонкой кишки при спаечной кишечной непроходимости в конгломерате кишок - у 15 детей, перфорация кишки при поздно диагностированной инвагинация кишечника- у 5 детей -жителей глубинных сел при позднем обращении к врачу в период 2007-2012 годы. Наиболее опасными гноеродными патогенами и их ассоциациями у детей первого года жизни оказались при гнойных перитонитах: *Pseudomonas aeruginosae*, грибы *Enterococcus faecalis*, *Enterococcus faecium*, *Klebsiella pneumoniae*, *Klebsiella oxytoca* *Enterobacter* spp., *Streptococcus viridans* spp. *Candida albicans*, *Candida kruzei*, *Candida glabrata* .Частая повторяемость синегнойной, грибковой, энтерококковой , клебсиеллезной гноеродной флоры отмечается у больных очень тяжелой и крайне тяжелой степени тяжести течения разлитого гнойного перитонита. При неэффективности традиционного лечения обнаружилась летальность 19,4%, больных контрольной группы, при посеве аутопсий ного материала у них- энтерококковая, госпитальная (синегнойная) ,оппортунистическая (кандидозная), анаэробная гнойная моно и микст-инфекция. В группах дошкольного и школьного возраста возбудителями гнойного перитонита у больных являются штаммы энтеропатогенной кишечной группы, включая: *Enterobacter* spp.-21%, *Enterococcus faecium*-20%; *Enterobacter faecalis*-10%, *Klebsiellae oxytoca*-14,5%, *Klebsiellae pneumoniae*- 12%, единичные культуры роста других микроорганизмов кишечной группы: *Enterobacter aerogens*, *Enterobacter gerovica*.У детей возраста 7-14 лет из гнойного содержимого при формирующихся абсцессах брюшной полости, перфорациях язв желудка и кишечника (в связи с язвенной болезнью, болезнью Крона, при травме желчной системы, повреждениях других органов брюшной полости), из выпота взятого на бакпосев во время лапаротомии, а затем из дренажа брюшной полости, высеваются редко микроорганизмы кишечной группы .В бакпосевах гноя брюшной полости у детей с благоприятным течением послеоперационного периода обнаруживаются микроорганизмы: *Staphylococcus warneri*, *Staphylococcus cohnii*, *Staphylococcus capitis* , редко -*Streptococcus ?haemoliticus*, в единичных случаях - *Staphylococcus aureus*, *Staphylococcus epidermidis*, *Staphylococcus hominis*. Авторами разработано и предложено дифференцированное этиопатогенетическое лечение больных гнойным перитонитом не аппендикулярного генеза, со снижением летальности до 12,8%.. В основе успешного применения разработанного дифференцированного этиопатогенетического лечения больных гнойным перитонитом - различия антимикробной терапии в зависимости от уровня перфорации кишечной трубки, этиологии заболевания и степени опасности возбудителя гнойного процесса

43. ПРОФИЛАКТИКА ЭВЕНТЕРАЦИИ

Костырной А.В., Калиниченко А.П., Воронков Д.Е., Ракитов Е.Ю.

Симферополь

КФУ им. В.И.Вернадского, Медицинская академия им. С.И.Георгиевского

Неудовлетворительные результаты лечения тяжелых форм перитонита, являются причиной поиска новых методик лечения. Летальность при запущенных формах перитонита колеблется в пределах от 35- 95%. В эксперименте на разработанной модели гнойного перитонита (патент № 2904, 2004) с целью купирования воспалительного процесса в брюшной полости апробированы мазовые водорастворимые композиции (нитацид). В группе сравнения для санации брюшной полости использованы стандартные антисептические растворы (хлоргексидин, фурацилин). Морфологические исследования при использовании мазовых композиций показали, что воспалительный процесс в брюшной полости купируется в 2 раза быстрее. Визуально при фиксированных фибринозных наложениях, последние без травматизации кишечной трубки свободно удаляются. Полученный положительный результат в эксперименте позволил разработать и внедрить в работу способы лечения перитонита (патенты № 69519 А, 2004; № 7619, 2005), а также адаптировать к практическому здравоохранению прогностическую интегральную шкалу. Внедренные методики основаны на коррекции внутрибрюшного давления. Для уменьшения травматизации кишечных петель использован полиуретановый пласт пропитанный водорастворимой мазевой композицией, ушивание лапаротомной раны выполнялось спиралевидным швом, который является и профилактикой эвентерации в послеоперационном периоде. Разработанные методики применены у 25 больных с распространенными формами фибринозно-гнойного перитонита. Из них 7 пациентам выполнены по 2 вмешательства, 10-и – по 3, и 8-и – по 4 санационные релапаротомии. Летальность в этой группе составила 8% (2 пациента). У 6 больных при выполнении последней санации брюшной полости из-за выраженного воспалительного процесса в мышечно-апоневротическом слое передняя брюшная стенка ушивалась по собственном методике спиралевидным швом, при этом наблюдая за больными в отдаленном периоде более 3-х лет у 2 пациентов отсутствовала послеоперационная вентральная грыжа.

44.ОСЛОЖНЁННЫЕ ФОРМЫ ИНФИЦИРОВАННОГО ПАНКРЕОНЕКРОЗА

Костырной А.В., Калиниченко А.П., Ракитов Е.Ю.

Симферополь

КФУ им. В.И.Вернадского, Медицинская академия им. С.И.Георгиевского

Лечение больных с гнойно-некротическими осложнениями инфицированного панкреонекроза является наиболее проблемным разделом абдоминальной хирургии. Этот факт подтверждается высокими показателями послеоперационной летальности 54-72% и частотой развития гнойно-некротических осложнений при вторичном инфицировании, как самого органа, так и брюшной полости и забрюшинного пространства. Лечение больных с инфицированным панкреонекрозом должно быть индивидуальным и зависеть от глубины поражения и распространения гнойно-некротическим процессом в поджелудочной железе и её клетчаточных пространствах. Поэтому, существующие способы хирургического лечения инфицированного панкреонекроза, не могут удовлетворять хирургов своими конечными результатами. К сожалению в общепринятой классификации (Atlanta, 1992) и её пересмотрах не учтены распространённые гнойно-некротические забрюшинные флегмоны. Хотя именно они составляют основную проблему хирургического лечения инфицированного панкреонекроза. Требующие, иного тактического подхода, как в консервативной, так и в хирургической программе. В течение последнего десятилетия методы комплексного лечения асептического панкреонекроза были усилены блокаторами панкреатической секреции на фоне снижения вмешательств в ранние сроки заболевания. Поскольку все операции в 2-3 недели является тактической и диагностической ошибкой. Оптимизированы хирургические методики выполнения программированных некрсеквестрэктомий традиционными и малоинвазивными технологиями. В тоже время остаются спорными вопросы хирургической тактики лечения инфицированного панкреонекроза в стадии гнойных осложнений:- отсутствуют чёткие критерии оптимальных сроков выполнения оперативного вмешательства, его характера и объёма; - варианты завершения операции; - способы дренирования очагов некроза, особенно при распространённых процессах, которые при не адекватном дренировании способствуют прогрессированию гнойно-некротического процесса, особенно по забрюшинным клетчаточным пространствам. Одномоментное хирургическое пособие в силу топографо-анатомического расположения поджелудочной железы и окружающей ее клетчатки не предотвращает прогрессирование гнойно-некротического процесса, как в сальниковой сумке, так и в забрюшинных клетчаточных пространствах. Исключительное многообразие вариантов локализации, распространения и характера патоморфологических изменений в поджелудочной железе, окружающих органах и тканях при гнойно-некротических осложнениях обуславливают существование столь же многообразных методов оперативных вмешательств и способов их завершения. Именно от этапа рационального завершения оперативного пособия (адекватности дренирования) гнойно-некротического очага зависит и «прерывание» вероятности вторичного инфицирования и прогрессирование воспалительного процесса. Материалы и методы. В настоящей работе отражен 15-летний опыт лечения гнойно-некротических осложнений остро панкреатита применением различных методик дренирования очагов инфицированного панкреонекроза, как локализованных форм, так и флегмон забрюшинных клетчаточных пространств. Все больные

были обследованы согласно общепринятым клинико-лабораторным критериям, УЗИ мониторинг–органов брюшной полости, КТ – брюшной полости, рентгенография органов грудной клетки, разработанная и внедрённая в практику 3-D моделирование воспалительного процесса в самой поджелудочной железе и её окружающих тканях. Кроме этого, все больные получали стандартную общепринятую инфузионно-дезинтоксикационную, антибактериальную, антисекреторную, противоязвенную, иммуномодулирующую терапию согласно российским протоколам ведения пациентов с острым панкреатитом. Больные с осложненными формами острого панкреатита были разделены следующим образом: жидкостное образование сальниковой сумки-14 больных, инфицированный панкреонекроз в виде фиксированных или секвестрируемых участков железы и парапанкреатической клетчатки-24, инфицированный панкреонекроз с явлениями абсцедирования забрюшинной клетчатки-27, распространенная забрюшинная флегмона–9, гнойный перитонит–3. Применяемые методики оперативного вмешательства в основной группе были следующими: длительный закрытый лаваж, программированные релапаротомии, открытое ведение управляемой лапаростомой. Контрольную группу составили 34 больных с аналогичными осложнениями острого панкреатита, у которых применялись методики пассивного дренирования инфицированного очаг некроза + программированные релапаротомии с использованием марлево-трубчатых дренажей. Результаты и их обсуждения. В зависимости от наших изменений, на процессы происходящие при остром панкреатите, весь период практической работы был анализирован по периодам, которые характеризовались приоритетными изменениями наших и общепринятых взглядов. На первом этапе, когда применялась «активная» тактика ведения и применялись технологии оперативных вмешательств, которые не выдержали испытания временем (марлевая тампонада, пассивное дренирование сальниковой сумки, резекции поджелудочной железы). Анализируя 1 период ведения пациентов, он сопровождался прогрессирующим гнойно-некротическим процессом и высокой послеоперационной летальностью до 80%. Вторым этапом наших исследований характеризовался научно-обоснованным применением консервативной терапии. В этот период мы отказались от ранних резекций поджелудочной железы. Но применялись всё-же ранние некрэктомии с последующим пассивным дренированием зон некроза и использование марлевых тампонов, даже при асептических их вариантах. И тем не менее, мы имели высокие цифры послеоперационной летальности до 75%. Следующий этап характеризовался более значимыми возможностями диагностических методик (УЗИ, КТ, 3-D моделирование воспалительного процесса) – оперативные вмешательства выполнялись по строгим показаниям и некрсеквестрэктомии выполнялись в более поздние сроки (> 14-21 дней с момента заболевания). Оперативные вмешательства, предпринятые при инфицированном панкреонекрозе должны преследовать следующие цели: 1) прерывание цепи воспалительного процесса; 2) предупреждение прогрессирования гнойно-некротического процесса, как в сальниковой сумке, так и клетчаточных пространствах; 3) профилактика формирования, поздних гнойно-некротических осложнений. В своей работе в последние 5 лет мы категорически отказались от применения методик пассивного дренирования и использования марлевых тампонов при гнойно-некротических осложнениях. По следующим причинам: при пассивном дренировании используя трубчатые дренажи из полихлорвинила, последние перестают функционировать уже через 12-24 часа так, как забиваются фибринозными наложениями и секвестрируемыми некротическими тканями. Марлевые тампоны также неэффективны при дренировании гнойно-некротических

очагов так, как уже через 4-6 часов тампон превращается в пропитанную гноем “пробку”, препятствующую оттоку гнойного экссудата. Последние годы при дренировании инфицированных очагов некроза в сальниковой сумке и забрюшинных клетчаточных пространствах мы применяем собственную дренажно-раздвижную конструкции, позволяющую максимально необходимое время поддерживать «функционирующую гнойно-некротическую полость» до момента полного ее очищения с переходом в последующем на традиционно трубчато-перчаточное дренирование. Проведенный анализ дренирования в контрольной группе больных, где использовались марлево-трубчатое дренирование и пассивное трубчатое дренирование гнойно-некротических зон показал, что у 34 пациентов в 30 (88,2%) случаях возникла необходимость в переустановке и ревизии зон гнойно-некротических полостей. При активном дренировании с использованием методик «очищения» просвета трубчатых дренажей из 77 больных в 19 (24,7%) была необходима замена дренирования в силу распространенности гнойно-некротического процесса по забрюшинным клетчаточным пространствам и на момент освоения собственной методики. Методика длительного закрытого лаважа более эффективна при лечении локализованных форм инфицированного некроза; осложненные формы заболевания особенно в виде распространенных забрюшинных флегмон с гнойными затеками по параколическим пространствам “остаются” вне влияния активного дренирования и могут приводить к формированию новых гнойно-некротических полостей. Методика “открытого” лечения инфицированного панкреонекроза через оментобурсостому показана при локализованных формах и при флегмоне забрюшинной клетчатки с гнойными затеками в параколоне с дополнительными разрезами по средней подмышечной линии и дренированием забрюшинного пространства. Методика программированных релапаротомий показана при инфицированном панкреонекрозе и его ранних интраабдоминальных абсцессах, не имеющих “плотной” отграниченной капсулы. В контрольной группе больных послеоперационная летальность составила 14 пациентов (41,1%), а в основной группе, где применялось активное дренирование с использованием собственной конструкции у 12 больных (15,6%).

Выводы:

1. Основной причиной инфицированных асептических очагов некроза является вторичное инфицирование, развивающееся на 3-5 сутки после ранних операций, пассивного дренирования и использования марлевого тампонирования.
2. Повторные оперативные вмешательства в 75% случаев обусловлены неадекватным дренированием гнойно-некротического очага сальниковой сумки и забрюшинных клетчаточных пространств.
3. Метод завершения операции при инфицированном панкреонекрозе и его гнойных осложнениях определяется характером, локализацией, глубиной и распространенностью патологического процесса.
4. Адекватное дренирование зон гнойно-некротических очагов, как в сальниковой сумке, так и в забрюшинных клетчаточных пространствах прежде всего направлено на прерывание воспалительного процесса и исключение моментов вторичного инфицирования и развитие абдоминального сепсиса.

45. ПЕРЕВОДНЫЕ ПОСТРАДАВШИЕ. ПРОБЛЕМЫ ГОСПИТАЛЬНОГО ЭТАПА

Сандалов Е.Ж., Полунин С.В., Гребеньков В.Г.

Екатеринбург

ФГКУ 354 ВКГ МО РФ

Выбор тактики лечения у раненых и пострадавших напрямую зависит от качества, полноты, своевременности диагностики повреждений и оценки тяжести травмы. С целью изучения дефектов диагностики и лечения для улучшения организации хирургической помощи раненым и пострадавшим был проведен ретроспективный анализ 72 истории болезни больных, переведенных из лечебно-профилактических учреждений в отделение неотложной хирургии ФГКУ 354 ВКГ МО РФ за период 1996 – 2016 год. Из лечебных учреждений Минобороны (ВМО МО РФ) переведено 20 пациентов (27,8%), из лечебных учреждений Минздрава России (ЛПУ МЗ) – 52 (72,2%). Пострадавших с торакоабдоминальными ранениями и сочетанной травмой было 28 пациентов (38,9%), с изолированными травмами груди и живота 44 пациента (61,1%). При поступлении пострадавшие обследованы, как первично поступившие, при этом выявлены не диагностированные ранее повреждения у 26 пациентов (36,1%), не распознанные осложнения у 18 (25%). Отмечены ошибки в диагностике и неверная интерпретация данных обследования у 19 (26,4%), погрешности в оперативной технике у 26 (36,1%). У 11 пациентов (15,3%) развились осложнения, связанные с поздней диагностикой повреждений и погрешностями оперативного пособия на предыдущих этапах (свернувшийся гемоторакс, перитонит), потребовавших оперативного лечения. Из 25 пострадавших с травмой груди повреждения не были диагностированы ранее у 9 (36%), у 6 (24%) были дефекты хирургического лечения. Из 40 случаев повреждения органов брюшной полости у 21 (52,5%) пациента выявлены дефекты в виде не диагностированных повреждений селезенки и кишки, в т.ч. во время лапаротомии. В этих случаях потребовались оперативные вмешательства по неотложным и срочным показаниям. Не диагностированные на предыдущем этапе повреждения органов грудной и брюшной полости преобладали у пострадавших с сочетанными повреждениями (по сравнению с изолированными), у этой же группы наблюдались дефекты хирургического лечения. Из общего количества переведённых пострадавших оперированы 44 пациента (65,1%). Переведенных из ВМО МО РФ оперировано 15 (75%), из ЛПУ МЗ – 29 (55,8%). По первичным показаниям из всех поступивших оперировано 20 (45,45%), повторно – 24 (54,55%). Первичные операции пациентам с повреждениями органов живота выполнены у 11 (55%), груди – у 5 (25%), прочие повреждения – у 4 (20%); повторные операции – у 13 (54,2%), 5 (20,8%) и 6 (25%) человек соответственно. Инвалидизации и летальных исходов не было. Во всех случаях имелись дефекты документации в виде небрежного и неполного оформления выписных/переводных эпикризов. Таким образом, несоблюдение принципов преемственности диагностики, хирургического лечения, отсутствие должной настороженности приводит к лечебно-диагностическим и тактическим ошибкам, для снижения количества которых необходимы следующие условия: 1. В лечебном учреждении должны быть выделены отделение и врачи, прошедшие подготовку по диагностике и лечению сочетанных повреждений и изолированных травм груди и живота. В состав дежурной бригады должен входить наиболее подготовленный и опытный хирург, способный организовать необходимый комплекс

диагностики с привлечением узкопрофильных специалистов и принять тактическое решение. 2. Диагностика должна быть в максимальном объеме с учетом характера травмы с целью выявления нераспознанных повреждений на предыдущем этапе, т.е. отношение к переводному пациенту должно быть как к «первично поступившему». 3. Ранний перевод пострадавших с тяжелой травмой до 48 часов в «терапевтическое окно». 4. В переводных документах должна быть отражена максимально исчерпывающая информация о пострадавшем.

46.ДИСТАЛЬНЫЕ АРТЕРИО-ВЕНОЗНЫЕ ФИСТУЛЫ У ПАЦИЕНТОВ С ТЕРМИНАЛЬНОЙ ХРОНИЧЕСКОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ. СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ

Попов А.Н. (1), Веселов Б.А. (2), Корелин С.В.(2),Захаров С.В. (3), Бурлева Е.П. (4)

Екатеринбург

- 1) МАУ «Городская клиническая больница № 40»,
- 2) НУЗ Дорожная клиническая больница
на ст. Екатеринбург-Пассажирский ОАО "РЖД",
- 3) ООО «Уральский медицинский центр»,
- 4) кафедра общей хирургии ФГБОУ ВО «Уральский государственный
медицинский университет

Цель исследования – провести сравнительный анализ структуры осложнений и четырехлетней выживаемости двух типов луче-головной артерио-венозной фистулы (АВФ). Материалы и методы. Ретроспективно обобщены результаты формирования луче-головных АВФ у 323 пациентов с терминальной хронической почечной недостаточностью (ТХПН) в период с января 2000 года по декабрь 2016 года, которым наложено 360 фистул для выполнения процедур хронического гемодиализа (ХГД). Пациенты разделены на две группы. I группа – 53 пациента (n фистул = 53) с луче-головными АВФ в «анатомической табакерке» Первично было сформировано 50 АВФ и вторично 3 АВФ. Средний возраст пациентов составил 53 ± 14 лет, мужчины / женщины = 33 / 20. Ведущие причины развития ТХПН: гломерулонефрит – 30,2%, сахарный диабет – 15,1% и пиелонефрит – 15,1%. II группа – 270 пациентов с луче-головными АВФ типа Brescia-Cimino (n фистул = 307). Первично сформировано 272 АВФ, вторично – 33. Средний возраст пациентов составил 50 ± 12 лет, мужчины / женщины = 192 / 78. Основные причины развития ТХПН: гломерулонефрит – 62,2%, сахарный диабет – 12,7% и пиелонефрит – 9,1%. Дистальные АВФ в двух группах формировались только на основании клинического осмотра без УЗДС артерий и вен верхних конечностей. Оценена первичная кумулятивная проходимость АВФ в обеих группах в сроки 12 и 48 месяцев. Статистическая обработка материала выполнялась на персональном компьютере с использованием лицензионной программы SPSS 12.0 (SPSS Inc., Chicago). Результаты. В I группе всего выявлено 9 осложнений (9 тромбозов). Произведено 5

реконструктивных операций с восстановлением функции фистул. Изолированная тромбэктомия не выполнялась в связи с особенностью анатомии АВФ. В 4 случаях тромбэктомия не проводилась из-за выраженной аневризматической трансформации тела фистулы, эти доступы были потеряны. Чаще всего тромбозы встречались в данной группе в период до 24 месяцев, другие виды осложнений не зарегистрированы. Во II группе выявлено 136 осложнений. Превалировали тромботические осложнения (n=123), истинные аневризмы в области анастомоза выявлены в 3 случаях, несостоятельность АВФ в связи с недостаточностью объемной скорости кровотока - в 4, стеноз в области анастомоза – в 6. При тромбозах (n=123) произведено 48 операций, из них 26 реконструктивных и 22 восстановительных (тромбэктомия). Только в 10 случаях тромбэктомия была эффективной и функция АВФ восстановлена. При аневризмах в 3 случаях проводили их резекцию с формированием нового анастомоза. При неадекватном объемном кровотоке выполнена в 4 случаях перевязка притоков, в 6 – реконструкция АВФ с формированием нового анастомоза в более проксимальном сегменте лучевой артерии. По поводу осложнений АВФ во II группе повторно был оперирован 61 из 270 пациентов. В связи с тромбозом потеряно 87 из 307 АВФ. Кумулятивная проходимость через 12 и 48 месяцев в I группе составила 96,2% и 86,2%, во II группе 76,9% и 46,7% (p<0,05). Заключение. Луче-головная АВФ, сформированная в «анатомической табакерке», имеет меньшее количество осложнений. Первичная кумулятивная проходимость этих АВФ в течение 48 месяцев достоверно выше, чем в группе АВФ типа Brescia-Cimino. Доступность головной вены и лучевой артерии для оценки их пригодности перед формированием АВФ во время клинического осмотра и техническая простота наложения луче-головной фистулы в «анатомической табакерке» позволяет считать данный сосудистый доступ приоритетным перед АВФ типа Brescia-Cimino у пациентов на ХГД.

47. ПРОБЛЕМНЫЕ АСПЕКТЫ ПЕРИТОНИТА

Костырной А.В., Калиниченко А.П., Ракитов Е.Ю., Поленок П.В.

Симферополь

КФУ им.В.И.Вернадского. Медицинская академия им.С.И.Георгиевского

Ещё Вегнер в 1876 г. произнёс крылатую фразу: «Я и мои современники воспитаны в страхе перед господом Богом и перитонитом». К сожалению страх перед этим грозным осложнением абдоминальной патологии не прошёл и в XXI столетии. История хирургии перитонита такова, что эра антибактериальной терапии сдаёт свои позиции. И в ближайшие 15-20 лет новых антибактериальных препаратов на фармрынке не будет. Экстракорпоральные методы детоксикации — эффективны только при устранении источника перитонита. На конечном этапе операции хирург нередко стоит перед нерешенной задачей "достойного выхода из брюшной полости". Разные методы дренирования, в большей части наблюдений, не облегчают тяжелых послеоперационных осложнений требующих повторных

вмешательств, которые не всегда эффективны. При распространённом гнойном перитоните различной этиологии, летальность остается высокой и составляет 50-86%, а при развитии сепсиса и септического шока достигает 95%. Проблема дренирования брюшной полости и гнойно-некротических очагов, особенно целесообразность разных типов дренажей, не смотря на многолетнюю историю, остается и сейчас спорной, как и десятки лет назад. Большинство хирургов единодушны в позициях о необходимости дренирования брюшной полости и гнойно-некротических очагов по строгим показаниям: 1) при неудаленном источнике перитонита; 2) при переходе гнойно-некротического процесса на забрюшинные клетчаточные пространства; 3) при оставлении марлевого тампона с целью гемостаза; 4) при неуверенности в состоятельности швов анастомозов; 5) при невозможности тщательно осушить патологический экссудат. Хотя озвученное первое и пятое показания спорны. Материалы и методы исследования. В разработку клинических исследований вошли 60 наблюдений за больными с распространённым фибринозно-гнойным перитонитом. Источником перитонита у 20 больных была перфорация полого органа (желудок, кишечник); 20 пациентов с инфицированным панкреонекрозом, осложненным забрюшинной флегмоной; 10- с желчным перитонитом на фоне деструкции желчного пузыря; 10 – острый деструктивный аппендицит. При госпитализации больных отмечались явления токсикосептического шока: снижение АД (менее 90 мм. рт. ст.), тахикардия (более 120 уд. в мин.), тахипноэ (более 30 -35 дых. движ. в мин.), температура выше 38 градусов С, симптомы нарушения функций внутренних органов, уровень лейкоцитов выше $12 \times 10^9 / л$ с появлением юных форм. Степень тяжести оценивали, используя индекс Мангеймера: I ст. 12-20 баллов, II ст.-21-29, III ст.-30 и более баллов и разработанную собственную шкалу оценки тяжести пациента. Результаты и их обсуждение. Ряд авторов утверждают, что тампон в качестве дренажа применяться не может, такое же сдержанное отношение и к трубчатым дренажам. Из-за несовершенных современных методов дренирования ряд хирургов производят глухое ушивание брюшной полости при перитоните. Есть сведения А.Yalcin (1995) про удовлетворительные результаты лечения 92 больных с разными формами перитонита, у которых брюшная полость ушивалась наглухо без оставления дренажей. Учитывая вышеперечисленные особенности после применения лапаротомии и устранения источника перитонита, если это возможно, поскольку полностью решить данную проблему при панкреонекрозе не возможно; тщательный лаваж брюшной полости и гнойно - некротических очагов; устранения паралитической тонкокишечной непроходимости путём назогастральной интубации кишечника. Передняя брюшная стенка ушивается по методике клиники спиралевидным швом с учетом внутрибрюшного давления. Для уменьшения травматизации кишечных петель использован полиуретановый пласт пропитанный водорастворимой мазевой композицией Применение данных методик в послеоперационном периоде является профилактикой эвентерации. Разработан способ дренирования брюшной полости при перитоните , который активно применяется в клинике всё это защищено (патентами № 69519 А, 2004; № 7619, 2005, № 54000, 2010). У больных с II и III степенями тяжести перитонита по индексу Мангеймера проводили программированные релапаротомии через каждые 24 – 48 часов до критериев визуальной, лабораторной и общего статуса оценки состояния больного, свидетельствующие о стихания воспалительного процесса. В послеоперационном периоде больным проводились экстракорпоральные методы детоксикации, антибактериальная терапия, коррекция нарушения гемодинамики, метаболизма и иммунного статуса. У 54,3% больных одной

программированной релапаротомии было достаточно для ликвидации перитонита в брюшной полости, у 28,4% - после второй, у 17,3% - после выполнения 3-х и более релапатомий. Выводы: 1. Существующее противоречие в вопросах дренирования гнойно-некротических очагов брюшной полости требует более глубоких, фундаментальных исследований 2. Ведение больных с распространённым фибринозно-гнойным перитонитом методом управляемой лапаротомии в режиме программированных санаций через каждые 24-48 часов – в настоящее время является оптимальным методом.

48.ОРГАНИЗАЦИЯ МАРШРУТИЗАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С ОСТРОЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

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

Екатеринбург

Кафедра хирургических болезней
ФПК и ПП ГОУ ВПО «Уральский государственный медицинский университет»,
Государственное учреждение здравоохранения
«Свердловская областная клиническая больница №1»

Цель. Показать организацию этапного лечения пациентов с острой хирургической патологией поджелудочной железы в условиях многопрофильного стационара областной больницы. Материал и методы. В соответствии с маршрутизацией больных острой хирургической патологией поджелудочной железы с 2012 года установлен регламент оказания медицинской помощи (приказ Минздрава Свердловской области от 29.1.2 2012 № 1566-п). Помощь пациентам в 1 фазу острого панкреатита (очаговым некротизирующим панкреатитом и распространенным некротизирующим панкреатитом в стадии шока оказывается в хирургических отделениях лечебно-профилактических учреждений). Пациенты с острым панкреатитом средней и тяжелой степени тяжести (некротизирующим панкреатитом) после стабилизации состояния в стадии перипанкреатического инфильтрата переводятся в межмуниципальные медицинские центры для выполнения компьютерной томографии и продолжения консервативного лечения. Обязательным является мониторинг пациентов в ГБУЗ СО "Территориальный центр медицины катастроф Свердловской области" . В стадии гнойных осложнений (2 фаза клинического течения), при верификации одиночного абсцесса сальниковой сумки либо парапанкреатической клетчатки оперативное лечение выполняется на базе хирургического отделения межмуниципального медицинского центра. В случае выявления у пациента множественных гнойных затеков либо отсутствия эффекта после вскрытия одиночного абсцесса показан перевод в ГБУЗ СО "СОКБ N 1" после консультации заведующего отделением гнойной хирургии ГБУЗ СО "СОКБ N 1" (руководитель хирургической клиники проф. д.м.н, заслуженный врач РФ Прудков М.И.). За последние 5 лет 422 больных острым панкреатитом тяжелой степени (ОПТС) по этой программе были переведены из

стационаров Свердловской области в специализированное отделение гнойно-септической хирургии (работающий в круглосуточном режиме) СОКБ №1, располагающим необходимыми диагностическими (комплексная лаборатория, УЗИ, КТ, МРТ) и лечебными (РАО) возможностями. За предыдущие 5 лет были перегоспитализированы — 368 человек. Результаты. Из числа пациентов переведенных за последние 5 лет инфицированные перипанкреатические инфильтраты без жидкостных скоплений были выявлены у 62 больных. Панкреатогенные абсцессы - у 76 человек. После топической диагностики абсцессы размерами до 5 см лечили навигационными пункциями с аспирацией содержимого, 5-7 см - пункционным дренированием, свыше 7 см - из минидоступов. Неотграниченные варианты панкреатогенной септической секвестрации забрюшинной клетчатки, как правило, осложненные ПОН, различной степени распространенности были выявлены у 284 больных. Гнойные процессы центральной локализации («С») вскрывали из минидоступа через бурсооментостому. Множественные неотграниченные гнойные процессы, расположенные в левом верхнем «S1», левом нижнем «S2», правом верхнем «D1», правом нижнем «D2» квадрантах и их комбинации дренировали из дополнительных, по возможности внебрюшинных, минидоступов. Далее, с помощью ранорасширителя Мини-Ассистент, ретроперитонеоскопов и специальных инструментов в соответствии с общими правилами гнойной хирургии их объединяли в единую полость и лечили с применением программных санаций и этапной некрсеквестрэктомии. Летальность в группе больных за 5 лет до внедрения маршрутизации по приказу Минздрава составила 14,7 % (из 368 умерли 54 человека). За последние 5 лет — 13,7% (из 422 умерли 58 человек). Заключение. Лечение в первую фазу заболевания у больных острым панкреатитом тяжелой степени предусмотрено в хирургических или реанимационных отделениях лечебно-профилактических учреждений или межрайонных центров. После купирования явлений панкреатогенного шока и появления явлений инфицирования необходим перевод больных в специализированное отделение областного центра. Региональная маршрутизация больных ОПТС позволяет эффективно использовать возможности хирургических стационаров разного уровня при оказании помощи больным.

49.ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ ПОЛИПЭКТОМИЯ С ПРИМЕНЕНИЕМ ЛАЗЕРА ПРИ МНОЖЕСТВЕННЫХ ПОЛИПАХ ЖЕЛУДКА

Лазаренко В.А., Назаренко П.М., Назаренко Д.П., Самгина Т.А., Канищев Ю.В.

Курск

Курский государственный медицинский университет Минздрава России

Несмотря на успехи в диагностике полипов желудка, нет единого мнения об оптимальных методах их лечения. Остаются нерешенными вопросы показаний и противопоказаний к применению лазерной фотодеструкции полипов желудка в зависимости от локализации,

характера роста, размеров, морфологической структуры. Цель работы. Улучшить результаты эндоскопического лечения больных с множественными полипами желудка, путем применения современных лазерных технологий. Материал и методы исследования. Нами проанализированы результаты лечения 118 больных с множественными полипами желудка, находившихся на стационарном лечении в хирургическом отделении Отделенческой клинической больницы на ст. Курск в период с 2000 по 2015 годы. Верификация диагноза осуществлялась на основании данных клинического, лабораторного, эндоскопического, морфологического исследований. Женщин было 98 (83%), мужчин - 20 (17%). Больные были разделены на две группы. В контрольную группу вошли 76 пациентов, у которых множественные полипы желудка были удалены с применением способа электроэксцизии. В основную группу вошли 42 больных, для удаления множественных полипов желудка у которых применялся комбинированный способ наложения лигатуры и лазерная фотодеструкция. Средний возраст больных составил в контрольной группе 64± 2.4 года, в основной – 65± 1.8 лет. Обе группы были сопоставимы по полу, возрасту, количеству и локализации полипов ($p < 0.05$). Эндоскопическая полипэктомия при помощи диатермической петли выполнялась стандартным способом с применением тока высокой частоты при выявлении полипов средних размеров шаровидной или полусферической формы с четко выраженной ножкой (III и IV типа по классификации Yamada). Для лазерной фотодеструкции полипов желудка применяли Nd: YAG лазерная установка (Индия) со средней мощностью излучения до 80 Вт, длиной волны излучения 1,06 мкм. С целью предотвращения осложнений нами было предложено устройство и способ для удаления множественных полипов желудка, которое представляет собой тefлоновый катетер диаметром 1.8мм с внутренним диаметром 1.5мм, длиной 1.5 м. В просвет его вводится моно-нить толщиной 1мм со сформированной петлей Редера на дистальном конце. Проксимально нить от катушки не отрезается, что позволяет накладывать лигатуры на ножки полипов, не извлекая аппарат из желудка. Устройство вводят в просвет желудка через один из биопсионных каналов гастроскопа. Во второй канал эндоскопа можно ввести биопсионные щипцы для манипуляции с полипом и удобства наложения лигатуры на его ножку. Затем во второй канал эндоскопа вводится лазерный электрод, с помощью которого сначала выполняется полипэктомия, затем отсекается конец лигатуры. Далее проводится такая же последовательность действий в отношении других полипов желудка. Предложенный нами способ позволяет удалить несколько полипов, не извлекая аппарат из желудка с низким риском развития осложнений. Результаты лечения больных контрольной и основной групп оценивались по характеру и количеству осложнений, длительности стационарного лечения, летальности. Материал, полученный в ходе исследования, статистически обрабатывался в системе управления базами данных «Access», электронных таблиц «Excel». Оценку распределения количественных данных выполняли с помощью параметрического критерия Стьюдента, коэффициента корреляции и непараметрического критерия Фишера. Статистически значимыми считали различия с $p < 0,05$. Результаты и выводы. Сравнительный анализ результатов применения электроэксцизии и комбинированного способа полипэктомии при множественных полипах желудка показал, что предложенные нами способ и устройство для его осуществления позволяют одновременно удалить несколько полипов, не извлекая аппарат, и избежать осложнений в 100% случаев. Во всех случаях операция была выполнена успешно. Средний койко-день в стационаре составил 3 дня.

50. РОЛЬ ВИДЕОЛАПАРОСКОПИИ В ДИАГНОСТИКЕ НАРУШЕНИЯ МЕЗЕНТЕРИАЛЬНОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ

Македонская Т.П., Гришин А.В., Ярцев П.А.

Москва

НИИ СП им. Н.В. Склифосовского

Актуальность. Нарушение мезентериального кровообращения (НМЗК) среди патологии органов брюшной полости составляет 0,2%. Однако трудности диагностики и высокая летальность, достигающая 92-95%, обуславливают поиск новых направлений в диагностике и лечении. В структуре НМЗК более 85% принадлежит окклюзионному НМЗК и менее 15% - неокклюзионному. Цель. Оценить роль видеолaparоскопии в ранней диагностике острого нарушения мезентериального кровообращения. Материал и методы. В НИИ СП за 2015-2016 года оперировано 49 пациентов с нарушением мезентериального кровообращения. Все пациенты разделены на 2 группы: больные, оперированные в ранние сроки до развития перитонита – 20 (40,8%) и больные, оперированные на фоне развившегося перитонита – 29 (59,2%). В первой группе: 10 женщин и 10 мужчин, средний возраст 70,8, балл по APACHE II – 25,4. С окклюзионным НМЗК - 15 пациентов (75%), с неокклюзионным НМЗК - 5 пациентов (25%). Во второй группе 15 женщин и 14 мужчин, средний возраст составил 76,4 года, балл по APACHE II – 28,9. С окклюзионным НМЗК - 19 пациентов (65,5%), с неокклюзионным НМЗК - 10 пациентов (34,5%). У всех пациентов с окклюзионным НМЗК выявлен мультифокальный атеросклероз и имелись нарушения сердечного ритма (пароксизмальная или постоянная форма мерцательной аритмии, экстрасистолия, пароксизмальная форма фибрилляции предсердий). Неокклюзионные нарушения микроциркуляции кишечника произошли на фоне декомпенсации сахарного диабета и гемодинамических нарушений со снижением систолического АД до 40-50 мм. рт. ст. Результаты. выявленные при ДВЛС неокклюзионные НМЗК без явлений некроза в 4 случаях – 8,2% - (в одном случае с конверсией) позволили продолжить динамическое наблюдение, в ходе которого показаний к повторным оперативным вмешательствам выявлено не было. Эксплоративные вмешательства выполнены у 5 (10,2%) пациентов: в 3 случаях произведена ДВЛС с конверсией, в 2 случаях лапаротомия. Интраоперационно выявлен тотальный некроз кишечника. 35 пациентам (71,4%) выполнена ДВЛС и лапаротомия. Объем оперативного вмешательства представлен следующим образом: резекция тонкой кишки – у 16 пациентов (45,7%), резекция толстой кишки – у 11 пациентов (31,4%), резекция тонкой и толстой кишки – у 7 (20%). Лапаротомия выполнена 5 пациентам (10,2%) по поводу окклюзионного НМЗК. Из них релапаротомия по требованию была выполнена в 2 случаях (4,1%) в связи с продолжающимися нарушениями кровоснабжения и некрозом кишечника. В первой группе средний койко-день выживших 7 пациентов (35%) составлял 24,6 к/дн. Во второй группе средний койко-день выживших 5 пациентов (17,2%) составляет 27,5 к/дн. Общая летальность составила 35 пациентов (71,4%). Летальность в первой группе составила 13 пациентов (65%). Обсуждение: 2 наблюдения повторного нарушения мезентериального кровообращения заставляют задуматься о необходимости ревизии верхней брыжеечной артерии даже при сформированных некрозах кишечника. Преходящее неокклюзионное нарушение кровоснабжения обуславливает прогностическое использование диагностической ВЛС для подтверждения диагноза и выборе

объема операции и хирургического доступа. Заключение. таким образом, у пациентов группы риска (нарушение ритма, мультифокальный атеросклероз, нестабильность гемодинамики) при наличии сомнительной картины ишемии кишечника показано выполнение ДВЛС, что позволило установить диагноз до развития перитонита в 20 случаях (40,8%) и привело к улучшению результатов лечения и снижению летальности с 71,4% до 65%.

51.ОКАЗАНИЕ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ ТОРАКАЛЬНОГО ПРОФИЛЯ В УСЛОВИЯХ ОБЩЕХИРУРГИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ (НЕОТЛОЖНОЙ ХИРУРГИИ)

Сандалов Е.Ж. (1), Полунин С.В.(1), Бирюков Д.П. (2).

1) Екатеринбург, 2) Самара

1) ФГКУ 354 ВКГ МО РФ, 2) ФГКУ 426 ВГ МО РФ

Сложность диагностики и выбор тактики у пациентов с заболеваниями и травмами груди является причиной диагностических и лечебно-тактических ошибок в 19,6 – 36,4 % случаев по данным разных авторов. Внедрение в практику медицинской видеотехники позволило поднять качество диагностики и лечения на новый уровень. За период с 2006 по 2017 год в отделении неотложной хирургии 354 ВКГ Минобороны России находились на лечении 110 пациентов со спонтанным пневмотораксом (СП) и осложненными травмами груди (ОТГ) в возрасте от 17 лет до 71 года: с СП 60 пациентов (средний возраст 29 лет), с ОТГ 51 пострадавший (средний возраст 34 года). Средний срок поступления от начала заболевания составил 1,5 суток, травмы – 2 суток. Из 60 человек с СП: у 34 человек диагностирован правосторонний пневмоторакс, у 25 – левосторонний и у 1 – двухсторонний пневмоторакс. Причины: у 4 пациентов разрыв спек, у 41 - буллёзные изменения легочной ткани (верхняя доля и язычковые сегменты), у 15 пациентов причина пневмоторакса не выяснена. 5 пациентов переведены из других ЛПУ, 4 из них повторно оперированы. Средний койко-день составил 9,2 дня. По характеру травмы груди пострадавшие распределились следующим образом: 3 пациента с огнестрельными ранениями, 13 – с колото-резаными ранениями, 35 – с закрытой травмой груди. Из всех поступивших у 14 пострадавших диагностирован пневмоторакс, у 19 – гемоторакс, у 18 – гемопневмоторакс, 14 пострадавших были с сочетанной травмой (у 5 – черепно-мозговая травма, у – 9 повреждения органов брюшной полости и забрюшинного пространства). Во всех случаях торакоскопия позволила визуализировать характер повреждений, по показаниям выполнить аэро- и гемостаз, санацию плевральной полости, установку дренажей. Повторных вмешательств и осложнений после торакоскопий по поводу травм не было. Средний койко-день составил 14 суток. За указанный период выполнено 60 торакоскопических операций, из них 36 при СП и 24 при ОТГ. Операции выполнялись в положении пациента на спине с поворотом на 450 и в боковом положении на валике, под местной, субплевральной в сочетании с местной анестезией и под эндотрахеальным наркозом. При СП в 10 случаях выполнялась диагностическая торакоскопия,

в 10 случаях - диагностическая торакоскопия с плевродезом (опудривание тальком или электрокоагуляция париетальной плевры), в 2 случаях выполнялось прижигание булл, в 14 случаях - торакоскопическая атипичная резекция верхушечных сегментов аппаратом «ENDO GIA UNI-VERSAL ROTICULATOR» фирмы «AUTOSUTURE» (кассетами 40 и 60 мм). При ОТГ выполнено 7 диагностических, 13 санационных (в т.ч. свернувшегося гемоторакса) торакоскопий, электрокоагуляция раны лёгкого и грудной стенки в одном и двух случаях. В одном случае произведено опорожнение внутрилегочной гематомы с санацией свернувшегося гемоторакса у переводного пострадавшего. Переход на торакотомию с атипичной резекцией верхушечного сегмента выполнен у 1 пациента с некупирующимся рецидивным спонтанным пневмотораксом в связи с наличием большого количества булл и выраженным спаечным процессом в плевральной полости после перенесенных ранее 6 пневмотораксов. Все операции заканчивались дренированием плевральной полости. Дренажи удалялись на 2 – 4 сутки. 5 пациентов с СП были оперированы повторно после торакокопии на 2 – 10-е сутки в связи с неполноценный аэростазом в 3 случаях (образование бронхоплевральных свищей после коагуляции булл при видеоторакокопии и разрыв нераспознанных во время торакокопии булл), кровотечения из спаек и по линии резекции легкого в 2 случаях. Данные осложнения потребовали выполнение переднебоковой торакотомии, резекции сегментов, несущих свищи и буллы, прошивание краев линий резекции и коагуляции спаек. Все пациенты активизировались на 1 сутки после торакоскопических операций, обезболивание наркотическими препаратами не требовалось. Таким образом, торакоскопические вмешательства можно рассматривать как альтернативу традиционной торакотомии. Минимизируя интраоперационную травму, можно уточнить диагноз, определить тактику ведения, устранить морфологическую причину заболеваний (СП), визуализировать объем повреждения и устранить его осложнения (ОТГ), что ведет в конечном итоге к профилактике рецидивов, уменьшению послеоперационных осложнений, быстрейшему восстановлению трудоспособности.

52. ПУТИ ПОВЫШЕНИЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЭНДОСКОПИЧЕСКОГО ЛИГИРОВАНИЯ В ПРОФИЛАКТИКЕ И ОСТАНОВКЕ КРОВОТЕЧЕНИЯ ИЗ ВРВП ПРИ ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

Шилов В.Ю (1) 1), Тарасов А.Н., (1) 2) Олевская Е.Р., (1) 1,2), Левит А.Л. (2) 3).

Челябинск, 2) Екатеринбург.

1) ГБУЗ ЧОКБ, 2) ФГБОУ ВО ЮУГМУ, 3) ГБУЗ СО СОКБ №1.

Одним из наиболее клинически значимых осложнений портальной гипертензии, сопровождающихся высокой летальностью является кровотечение из варикозных расширенных вен пищевода (ВРВП). В арсенале современных методов профилактики и гемостаза – эндоскопическое лигирование (ЭЛ) занимает заметное место. Подходы к

повышению эффективности этого метода продолжают уточняться. Целью настоящего исследования является повышение эффективности гемостаза у больных портальной гипертензией посредством ЭЛ. Материал ЭЛ выполнено у 153 пациентов, с глубиной исследования 2 года. 12 пациентам методика ЭЛ соответствовала рекомендациям РОХ 2013 года – контрольная группа. У 141 пациента – основная группа для повышения эффективности ЭЛ: 1). обеспечивали медикаментозную иммобилизацию пищевода введением за 20 мин. до ЭЛ дроптаверина и ондансетрона, 2). у 89 пациентов основной группы использовали глубокую седацию (пропофол или атаралгезия), которая способствовала умеренному снижению АД и опосредованному снижению венозного давления (ВД) в венах пищевода, 3). у 52 пациентов основной группы для снижения АД кроме седации дополнительно использовали в\в введение нитроглицерина в дозировке не превышающей 250 мкг. Для измерения ВД в венах пищевода использовали разработанную в клинике оригинальную методику, основанную на применении баллонной манометрии и эндосонографии (ЭУС). Результаты. При анализе полученных результатов достоверно установлено снижение частоты интраоперационных и послеоперационных кровотечений, продолжительности операции, комфортности пациента в основной группе. Снижение АД посредством использования препаратов для наркоза и нитроглицерина позволило ($p < 0,001$) уменьшить ВД, что у пациентов с умеренным (выше 500 мм. вод. ст.) и высоким ВД (выше 600 мм. вод. ст.) уменьшило частоту кровотечения, а при крайне высоком давлении (выше 700 мм. вод. ст.), при котором ЭЛ считается противопоказанным, снижение ВД ($p < 0,002$) позволило успешно выполнить это вмешательство у большинства пациентов. Выявленные закономерности в однонаправленном снижении АД и ВД позволяет поддерживать предположительно пониженный уровень ВД посредством дозированного снижения АД в течение первых 48 часов после ЭЛ. Применение нитратов у 52 пациентов с высокой портальной гипертензией способствовало достоверному ($p < 0,015$) снижению рецидивов кровотечения после ЭЛ до 1(1,9%) в сравнении с 89 пациентами у которых нитраты не применяли 5(5,6%). Выводы: 1. Использование предложенной методики анестезиологического обеспечения позволяет значительно повысить эффективность и безопасность выполнения ЭЛ варикозно расширенных вен пищевода у больных портальной гипертензией. 2. Контролируемое снижение артериального давления при портальной гипертензии безопасно и сопровождается у всех больных пропорциональным снижением давления в венах пищевода, что снижает частоту рецидива кровотечения после ЭЛ. 3. Применение нитроглицерина значительно повышает эффективность защиты пациента от рецидива кровотечения. 3. Глубокая седация существенно облегчает работу врача при выполнении ЭЛ, снижает риск осложнений и позволяет создать физико-эмоциональный комфорт для пациента.

53.МИКРОФЛОРА РОТОВОЙ ПОЛОСТИ ПРИ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНИ

Палина С.Ю., Данилова А.В., Чернов В.Ф.

Курган

Государственное казенное учреждение
"Клинико-диагностический центр гастроэнтерологии"

Актуальность. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ) по частоте встречаемости выходит на лидирующие позиции среди заболеваний желудочно-кишечного тракта (ЖКТ). В тяжелых и упорно протекающих случаях выявляются серьезные нарушения моторно-эвакуаторной функции переходных образований желудочно-кишечного тракта, требующие хирургической коррекции. Однако значительная часть рецидивов и прогрессирование заболевания при различных методах лечения нередко обусловлены явлениями дисбактериоза пищеварительной системы, топическое обозначение которого не всегда известно. Цель исследования - выявить возможные дисбиотические изменения микрофлоры ротовой полости при ГЭРБ в ходе консервативного и оперативного лечения. Материалы и методы. Проведены бактериологические исследования мазков из ротовой полости (161 проба) у пациентов с ГЭРБ, трудно поддающихся лечению, в том числе оперативному (12). Забор материала осуществлялся стерильным тампоном утром натощак до чистки зубов из проблемных зон полости рта (с языка, со слизистой оболочки ротовой полости). Посев делался сразу на следующие бактериологические среды: жидкая тиогликолевая среда для контроля стерильности, 5% кровяной агар, агар Сабуро, агар Чистовича, агар Эндо для количественного подсчета и культуральной диагностики бактерий. Чашки с посевами инкубировались в термостате при температуре 37°C в течение 18-72 часов. Затем проводились количественный подсчет, культуральная и биохимическая идентификация бактерий. Высеивались стрептококки, стафилококки, нейссерии, дифтероиды, дрожжеподобные грибы, энтеробактерии, синегнойные палочки, ацинетобактерии, актиномицеты и лактобактерии. Проводился анализ полученных результатов по частоте встречаемости различных видов микроорганизмов и степени обсемененности биотопа при ГЭРБ в сравнении с нормой. Результаты. При ГЭРБ частота встречаемости и степень обсемененности золотистыми стафилококками, синегнойными палочками, ацинетобактериями была повышена и достигала 24,6% у золотистых стафилококков. Степень обсемененности грибами рода Кандида, энтеробактериями рода Клебсиелла, спороносными бациллами также была повышена (до 10³-10⁵ у грибов рода Кандида), но частота встречаемости этих видов оставалась в пределах нормы. У пациентов с наиболее выраженной клиническими проявлениями ГЭРБ клебсиеллы, синегнойные палочки и грибы Кандида встречались в очень высокой степени обсемененности, превышающей 10⁸, что представляет собой порог развития инфекционных осложнений. Частота высева представителей нормальной микрофлоры (стрептококков, нейссерий, лактобактерий), а также количество этих бактерий в 1 мл исследуемого материала (степень обсемененности) были снижены (на 78,5% у лактобактерий). Обсуждение и выводы. Оперативное и консервативное лечение ГЭРБ требует серьезного внимания к проблемам микроэкологии пищеварительной системы. Один из наиболее серьезных очагов дисбиоза - ротовая полость, нарушение микроэкологии которой в тяжелых случаях может представлять угрозу

инфекционных и послеоперационных осложнений. Коррекция дисбиотических отклонений внутренней среды ротовой полости должны учитываться в процессе консервативного и оперативного лечения, так и в период восстановления и реабилитации.

54.МИКРОЭКОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЖЕЛУДОЧНОГО СЕКРЕТА ПРИ ДУОДЕНОГАСТРАЛЬНОМ РЕФЛЮКСЕ

Палина С.Ю., Данилова А.В., Чернов В.Ф.

Курган

ГКУ «Клинико-диагностический центр гастроэнтерологии»

Актуальность. Ряд патологических состояний желудочно-кишечного тракта человека сопровождаются тяжелым (с высоким индексом агрессивности) дуоденогастральным рефлюксом (ДГР), что вынуждает использовать как консервативные, так и оперативные методы лечения. При этом состояние микроэкологии желудка подвержено значительным колебаниям в норме и при патологии; существует зависимость желудочного микроценоза от состояния желудочной секреции. В желудочном содержимом в норме бактерии могут практически отсутствовать, либо их количество не превышает 10³- 10⁴ КОЕ/мл, что обусловлено, в первую очередь, кислой средой. При сниженной кислотообразующей функции желудка высеваются не только лактобактерии, стрептококки, дрожжи, но и энтеробактерии, неферментирующие грамотрицательные палочки и др. В условиях ДГР микроэкологическая картина желудочной среды может существенно изменяться, приобретая признаки выраженного патологического состояния. Нашей задачей было описать микробиологическую картину желудочного содержимого при ДГР, выявить отличительные особенности внутренней желудочной среды при данной патологии. Материалы и методы. Было обследовано 52 пациента с заболеваниями, сопровождающимися верифицированным ДГР, и 40 практически здоровых людей (добровольцев) без патологии желудочно-кишечного тракта. При желудочном зондировании забирались 3 порции желудочного сока: тощаксовая, базальная и стимулированная. В каждой порции проводились биохимические и бактериологические исследования. Были проанализированы количественные, качественные показатели микрофлоры, которые сопоставлялись с показателями кислотности (рН) желудочного содержимого. Результаты. У практически здоровых людей рН желудочного сока в фазе стимулированной порции регистрировалась в пределах нормы в 97,5% случаев. Среди больных ДГР это происходило всего лишь у 52,8% обследованных. У больных с патологическим ДГР во всех порциях желудочного сока ахлоргидрия наблюдалась в более чем в 26% случаев, гипохлоргидрия в - 37,8% случаев, В сопоставимых по показателям желудочной секреции группах микрофлора желудочного содержимого при ДГР не соответствовала микрофлоре нормального желудочного биотопа в количественном и качественном отношении. Появлялись микроорганизмы, характерные для кишечного биотопа

(энтеробактерии, энтерококки). Степень обсемененности (КОЕ/мл) внутренней среды желудка при ДГР значительно превышала норму: при рН от 4 до 7 – на 45,8%, при рН более 7 – на 7,69%. Обсуждение и выводы. Исследования показывают, что при ДГР формируются особые условия для значительных изменений микробиологического биотопа внутренней среды желудка. Наряду с другими патологическими состояниями желудочных нарушений, свойственных ДГР с высокой степенью агрессии, создается угроза нормальной органной микроэкологии желудочно-кишечного тракта и других последствий данного явления. Данный вывод подтверждает возможность развития инфекционных и других ближайших и отдаленных осложнений вследствие ДГР.

55. ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТЬ К АНТИБИОТИКАМ ГРАМОТРИЦАТЕЛЬНЫХ БАКТЕРИЙ

Палина С.Ю., Радченко С.А., Чернов В.Ф.

Курган

ГКУ «Клинико-диагностический центр гастроэнтерологии»

Устойчивость микроорганизмов к антибиотикам является одной из самых больших проблем для здравоохранения. Цель исследования. Определить долю штаммов грамотрицательных бактерий, чувствительных к аминопеницилинам, цефалоспорином III поколения и фторхинолонам. Материалы и методы. Изучено 596 штаммов грамотрицательных бактерий, выделенных у пациентов гастроэнтерологического профиля из кишечника, желудка, хирургических ран брюшной полости за период с 2013 по 2016 годы. Были обследованы стационарные и амбулаторные больные с острыми и хроническими заболеваниями органов пищеварения. Определена чувствительность к антибиотикам диско-диффузионным методом у 283 штаммов лактозонегативных и гемолитических кишечных палочек, у 223 штаммов клебсиелл, у 30 штаммов протеев, у 30 штаммов цитробактеров, у 12 штаммов ацинетобактеров, у 18 штаммов синегнойных палочек. Чувствительность к антибиотикам определялась согласно МУК4.2.1890-04 «Определение чувствительности микроорганизмов к антибактериальным препаратам». Результаты. Чувствительность у всех исследованных грамотрицательных бактерий к аминопеницилинам резко снижена (в среднем до 34%), особенно это заметно у группы неферментирующих грамотрицательных бактерий (до 5%). Чувствительность к цефалоспорином третьего поколения (83%) и фторхинолонам (84%) также имеет тенденцию к снижению. В связи с тем, что эффективность антибиотиков, применяемых для лечения органов пищеварения, уменьшается, необходим более тщательный подбор антибактериальных препаратов с обязательным определением чувствительности к антибиотикам в каждом конкретном случае.

56. ИССЛЕДОВАНИЯ ДУОДЕНОГАСТРАЛЬНОГО РЕФЛЮКСА И *H. PYLORI* В ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНЫХ И КЛИНИЧЕСКИХ УСЛОВИЯХ

Семенов В. В., Чернов А.В., Бевзюк А.Н., Данилова А.В., Палина С.Ю.

Курган

ГКУ «Клинико-диагностический центр гастроэнтерологии», ООО «Эндовет»

Актуальность. Особое внимание при изучении функций пищеварительной системы в норме и в патологии отводится рефлюксному феномену верхнего отдела желудочно-кишечного тракта. По высоте - желчный рефлюкс может быть дуоденогастральным, дуоденогастроэзофагеальным и дуоденогастроэзофагооральным. Дуоденогастральному рефлюксу (ДГР) - ретроградному забрасыванию щелочного дуоденального содержимого в желудок - принадлежит важная роль в развитии патологических состояний желудка и пищевода, в том числе после ряда хирургических вмешательств. Это послужило основанием для выделения особой формы гастрита, ассоциированного с желчью, щелочного эзофагита (при дуоденогастроэзофагеальном рефлюксе, ГЭРБ). Нами ранее были выведены физиологические параметры данного феномена, за которым следует агрессивное воздействие ДГР на слизистую желудка и пищевода. Материалы. В настоящей серии исследований у условно здоровых добровольцев 9 чел. и 25 чел. с заболеваниями пищеварительной системы, сопровождающихся тяжелым ДГР, определяли: объем желудочного сока, рН, кислотопродукцию, пепсиноген и суммарную протеолитическую активность натурального желудочного сока, содержание желчных кислот в желудочном соке и дуоденальном содержимом (порциях А,В,С). Проводили эндоскопические исследования с биопсией слизистой и параллельно исследовали *H. pylori*. Поскольку повреждающее действие детергента на слизистую желудка определяется не только его концентрацией, но и временем контакта, эндоскопически была проведена экспозиция аутогенного дуоденального содержимого (V-30мл) на слизистую пилорического отдела желудка в течение 35-45 мин. Затем брали биопсию для морфологического (гистология, электронная микроскопия) и бактериологического исследования на наличие *H. pylori*. Результаты. Наблюдения в контроле и при ДГР показывают, что *H. pylori* в биоптатах слизистой оболочки желудка были обнаружены только в одном случае из всех. Т.о. инфицирование *H. pylori* в нашем эксперименте в подавляющем большинстве случаев не могло быть причиной изменений слизистой оболочки желудка. Содержание желчных кислот в желудочном соке в период тощакковой, базальной, стимулированной секреции превышало показатели нормы от 0,320-+0,022 до 0,720-+0,110 мг/мл и среднее значение желчных кислот в дуоденальном содержимом соответственно составило 4,218 -+0,345 мг/мл при кислотообразующей функции рН 5,80-6,55. Обсуждение и выводы. Желчные кислоты играют важную физиологическую роль, однако, накапливаясь в организме при патологических состояниях, оказывают (токсическое) канцерогенное действие. Исследования показали, что рост *H. pylori* полностью ингибируется сочетанием 0,05% хенодезоксихолевой кислоты +0,05% урсодезоксихолевой кислоты, и желчный рефлюкс - гастрит развивается при отсутствии *Helicobacter pylori*. Соли желчной кислоты могут оказаться эффективными в лечении инфекции *H. pylori*. Данное экспериментальное исследование свидетельствует, что при ДГР воздействие желчных кислот, превышающих норму (Сжк 0,025-0,442 мг/мл) в желудочном содержимом приводит к

поражению и изменению морфологических и функциональных свойств желудка. Полученные данные позволяют по - новому оценить значение ДГР и Н.руlogi в патогенезе заболеваний верхнего отдела желудочно-кишечного тракта и дать более точные рекомендации по диагностике и лечению.

57. ИССЛЕДОВАНИЕ ТРАНСГАСТРАЛЬНОЙ ТЕХНОЛОГИИ В ЭКСПЕРИМЕНТЕ

Чернов А.В.

Москва, Курган

ВЭШК, ООО «Эндовет», ГКУ «КДЦГ»

Актуальность. NOTES (NaturalOrificeTransluminalEndoscopicSurgery) – новое направление эндоскопической абдоминальной хирургии, отличительной особенностью которой является использование в качестве внешнего порта естественных отверстий организма. Если трансвагинальный эндоскопический доступ в брюшную полость утвердился в гуманитарной медицине, то другие (трансгастральный, трансанальный) находятся в стадии разработки и апробации. Цель настоящего исследования: изучить возможность безопасного выполнения трансгастральных вмешательств на органах брюшной полости. Материалы и методы исследования. На экспериментальных живых моделях - свиньях (4) и собаках (8) воспроизводилась лапароскопия и хирургические вмешательства на органах брюшной полости путем гибкой эзофагогастроскопии и формирования трансгастрального порта. Использовалась эзофагогастроскопия аппаратурой и инструментами фирмы Карл Шторц. Через рабочий канал производилась пункция стенки желудка, минигастротомия с последующим расширением отверстия баллоном до диаметра гастроскопа. Выбор площадки желудочного порта всегда встречал определенные затруднения из-за сложности использования стандартных эндоскопических инструментов. Интраабдоминальный этап, кроме диагностической лапароскопии, включал в себя ряд оперативных вмешательств: биопсия печени и лимфоузлов (8), овариоэктомия (3), холецистэктомия (3), гастроэнтероанастомоз (4), гастропексия (2). Ряд вмешательств выполнялись как сочетанные операции. Наложение гастроэнтероанастомоза выполнялось в виде сообщения желудка и тонкой кишки при помощи соединения металлическим стентом, покрытым силиконом, который доставляется через рабочий канал гастроскопа. Закрытие желудочного порта выполнялась в следующих вариантах: наложение скрепочного шва - 3, интрагастрального хирургического лигатурного шва (2), система закрытия OVESCO - 3. В качестве профилактической меры использовали введение антибиотиков в ходе операции и в первые сутки. Наблюдение за животными осуществлялось в течение 8 недель, с выполнением гастроскопии и обзорных рентгенограмм брюшной полости с целью контроля за положением эндопротеза, скрепок и сшивающих устройств. После выведения животных из эксперимента изучалось состояние брюшной полости, зоны операции и анастомоза. Результаты. В ходе

оперативного вмешательства неоднократно встречались проблемы технического порядка, связанные с гибкой платформой. Непосредственные результаты и на протяжении до 8 недель после NOTES- вмешательства оценены как благоприятные. Признаков разгерметизации ушитого трансгастрального порта или несостоятельности соустья не отмечено. В одном случае отмечено преждевременное отхождение стента и спонтанное закрытие желудочно-кишечного анастомоза. Смерть одного животного в ходе контроля была связана с передозировкой лекарственного препарата. Ни в одном случае не зарегистрировано развития инфекционных осложнений. Обсуждение и выводы. Безусловными преимуществами эндоскопической транслюминальной хирургии являются превосходные косметический и эстетический результаты. Другим преимуществом нового эндоскопического доступа к органам брюшной полости считаем отсутствие раневых осложнений. В ходе исследования выяснились определенные особенности и проблемы трансгастральной NOTES – технологии. Трансгастральный доступ считается достаточно опасным. Вероятно, это связано с меньшим опытом его применения. В частности, это касается выбора зоны желудка, пригодной для висцерального порта. Если собственно диагностическая лапароскопия через трансгастральный порт не встречает особых затруднений, то для оперативных вмешательств на внутренних органах брюшной полости необходимы специальные навыки владения гибкой платформой. Техника закрытия трансгастрального порта нуждается в дальнейшем совершенствовании и накоплении опыта. Риск инфекционных осложнений, вследствие контаминации с внутренней средой желудка, представляется преувеличенным. NOTES – технология вполне сопоставима с другими методами лапароскопии и несомненно имеет хорошую перспективу.

58.ОПТИМИЗАЦИЯ ЛЕЧЕБНО-ДИАГНОСТИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ ПРИ ХОЛЕДОХОЛИТИАЗЕ, ОСЛОЖНЕННОМ ОСТРОЙ БЛОКАДОЙ БОЛЬШОГО ДУОДЕНАЛЬНОГО СОСОЧКА

Дмитриев А.В., Попов И.Б., Зайцев Е.Ю.

Тюмень

АО «МСЧ Нефтяник»

Актуальность исследования Большая группа заболеваний органов билиопанкреато-дуоденальной области, осложненных непроходимостью общего желчного и главного панкреатического протоков, дает сходные клинические симптомы (острый панкреатит и/или механическая желтуха), (С.А. Будзинский – 2015). Похожая клиническая картина наблюдается также при заболеваниях большого дуоденального сосочка (стенозы, вклиненные камни и опухоли), (М.В. Хрусталева – 2015). Материалы и методы исследования В работе представлен анализ историй болезни 596 пациентов. Из них 317 проходили лечение в АО «МСЧ Нефтяник» с 2007 по 2014 гг. - данная категория составила первую исследуемую группу. Остальные 279

проходили лечение в ГБУЗ ТО «ОКБ№1» и ГБУЗ ТО «ОКБ№2» в период с 2007 по 2013гг. - данная категория составила вторую и третью группы. Критерии включения пациентов в исследование: поступление в экстренном порядке; острый билиарный панкреатит; механическая желтуха доброкачественной этиологии (ЖКБ, аденома БДС, папиллит); острый блок БДС. Критерии исключения из исследования: панкреонекроз (исходно при поступлении); злокачественная этиология основного заболевания; жизнеугрожающие сопутствующие состояния при поступлении (инсульт, инфаркт, инфекционно-токсический шок). Анализ различий в лечебно-диагностической тактике Используемый подход в группе I: В результате анализа принципов и эффективности именно этой тактики, в 2013 году нами была разработана и запатентована интерактивная электронная программа: «Автоматизированная система обоснования и формулировки диагноза при осложнениях желчнокаменной болезни (CholReg)» (Choler Register). **Выводы** 1. Основными критериями, достоверно чаще встречающимися при острой блокаде БДС, являются: характерный болевой синдром (100%), гипербилирубинемия (100%), расширение общего желчного протока при УЗИ более 7 мм (89,4% ±2,7%), повышение уровня амилазы свыше 110 МЕ/л (62,9±1,2%). При острой блокаде БДС достоверно чаще отмечен лейкоцитоз выше 10,9х10⁹/л (61,4±4,2%), высокие цифры амилаземии (свыше 500 МЕ/л), а также наличие мелких конкрементов в желчном пузыре (48,5 ±4,3%). В связи с вероятностным сочетанием клинических, лабораторных и инструментальных симптомов целесообразен шкальный прогностический подход. 2. При максимально раннем эндоскопическом вмешательстве при острой блокаде БДС ни в одном случае не развился деструктивный панкреатит. При достоверно более высокой исходной гиперамилаземии (775 ± 75 МЕ/л) отмечено достоверно более быстрое его снижение (до среднего уровня на 2-е сутки 160 ± 22 МЕ/л). 3. При использовании этапного дифференцированного подхода в лечении протоковых осложнений желчнокаменной болезни частота интра- и послеоперационных осложнений эндобилиарных вмешательств оказалась достоверно ниже в I группе, нежели во II и III (17,6 ± 1,9%, 27 ± 0,6 и 50,6 ±10,2% соответственно). Достоверно отличалась частота таких проявлений, как панкреатит и амилаземия, холангит, что позволяет говорить о более высоком качестве дренирования. Достоверно сокращена частота дополнительных вынужденных неэндоскопических дренирующих операций (с 4,4± 0,7% в I группе, до 8,4 ± 1,2% и 14,3 ± 1,5% во II и III соответственно). Удалось добиться достоверного снижения средней длительности пребывания стационаре (с 10,6 ± 0,6 сут. во II группе до 6,5 ± 0,6 сут. и 7,9 ± 0,4 сут. в Ia и Ib группах). 4. Доказана наибольшая эффективность этапного дифференцированного подхода, заключающегося в максимально раннем выявлении и эндоскопическом дренировании при острой блокаде БДС и отказ от стандартного выполнения всем пациентам полного объема эндобилиарных вмешательств в течение 1-2 суток. 5. Использование разработанного автоматизированного программного комплекса позволяет исключить субъективизм в формулировке сложно построенного диагноза и определении тактики, обеспечивает достоверное улучшение результатов лечения: снижение частоты осложнений с 14,7±0,9% до 3,1±1,5%, снижение средней длительности пребывания в стационаре с 5,2 ± 0,6 суток до 4,5 ± 0, суток. **ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ** 1. При диагностическом поиске и определении тактики у пациентов с осложненным холедохолитиазом, рекомендуется рутинное использование автоматизированного программного комплекса. 2. В стационарах, оказывающих неотложную хирургическую помощь, рекомендуется круглосуточное обеспечение эндобилиарных вмешательств. 3. При выборе объема лечебно-диагностических мероприятий рекомендуется учитывать, что

своевременное и правильное выполнение эндобилиарных вмешательств имеет более высокую эффективность, чем применение препаратов группы сандостатина. 4. Разработанный автором программный продукт рекомендуется использовать в учебных целях при моделировании различных клинических примеров и определения оптимальной тактики. 5. При выявлении признаков вероятного блока БДС рекомендуется максимально быстрое выполнение диагностической и лечебной фибродуоденоскопии. Максимальный срок от поступления пациента до начала процедуры не должен превышать двух часов. При должном исполнении диагностического алгоритма возможно сокращение срока до 50 - 60 минут.

59.УЛЬТРАЗВУКОВАЯ КАВИТАЦИЯ ПРИ УДАЛЕНИИ ИНФИЦИРОВАННЫХ СЕТЧАТЫХ ИМПЛАНТАТОВ УСТАНОВЛЕННЫХ ВО ВРЕМЯ ВЫПОЛНЕНИЯ РАДИКАЛЬНОЙ ГЕРНИОПЛАСТИКИ У БОЛЬНЫХ С ВЕНТРАЛЬНЫМИ ГРЫЖАМИ

Пантелеев В.С. (1,2), Заварухин В.А. (2), Погорелова М.П. (2)

Уфа

1) ФГБОУ ВО БГМУ; 2) ГБУЗ РКБ им. Г.Г. Куватова

Актуальность Раневая инфекция, возникающая после установки сетчатых имплантатов, при вентральных грыжах является проблемой, не имеющей однозначного подхода к ее решению. К тому времени, как только становится ясным, что без оперативного вмешательства не обойтись, имплантат уже прочно обрастает соединительной тканью, и извлечь его из сращений представляется трудной задачей. Используя для этого обычные хирургические инструменты, хирург всегда рискует при отделении инородного тела (имплантата) от мягких тканей иссекать вместе с ним значительное их количество, что зачастую приводит в последующем к рецидиву грыжеобразования. Материал и методы В ГБУЗ РКБ им. Г.Г. Куватова разработана, и внедрена методика деликатного отделения инфицированных сетчатых имплантатов от мягких тканей, к которым они ранее фиксировались с целью укрепления брюшной стенки во время герниопластики способом «on lay». Сама методика оперативного вмешательства заключается в следующем. После иссечения послеоперационного рубца производится выделение и отделение от брюшной стенки ранее установленного имплантата. Для этого его фиксируют за край зубчатым зажимом, а затем отделяют от апоневроза и мышц брюшной стенки путем разрушения соединительнотканых сращений с использованием ультразвука, кавитируемого аппаратом «SONOCA – 180» производства фирмы «S?ring» (Германия). Методика операции предусматривает разрушительное воздействие ультразвуковых волн на соединительную ткань через жидкий антисептический препарат, а именно 0,2% раствор водного хлоргексидина биглюконата. Мы применили способ у 32 больных (основная группа), и сравнили его с традиционной методикой, когда удаление имплантатов выполнялось обычными хирургическими инструментами – 37 человек. Результаты Время операции при равных размерах имплантатов

в среднем сокращалось на 10-15 минут в основной группе, за счет меньшей кровоточивости раны и удаления имплантата одним целым, без фрагментирования. Вторичное нагноение раны возникло у 3-х пациентов группы сравнения, тогда как в основной группе его не отмечалось. Удаление дренажей из зоны оперативного вмешательства производилось на 3-4 в основной группе и на 6-7 сутки в группе сравнения ($p=0,04$). Эвентрация произошла в 3-х случаях группы сравнения, и отсутствовала в основной группе пациентов. Количество рецидивов грыжеобразования в отдаленном послеоперационном периоде составило: основная группа – 3 пациента (9,4%); группа сравнения – 11 пациентов (29,7%). Выводы 1. Применение ультразвуковой кавитации во время отделения инфицированных сетчатых имплантатов, установленных ранее при выполнении герниопластики, позволяет сократить время оперативного вмешательства, значительно уменьшить травматизацию и кровоточивость мягких тканей, а также избежать возможного оставления в ране незамеченных, фрагментов имплантата. 2. Сохранившиеся, после ультразвукового воздействия, в целостности мягкие ткани и швы, соединяющие края грыжевого дефекта, позволяют значительно снизить процент рецидивного грыжеобразования.

60. ОСТРАЯ КИШЕЧНАЯ НЕПРОХОДИМОСТЬ У БОЛЬНЫХ С СИМУЛЬТАННОЙ ПАТОЛОГИЕЙ ПРИ ОБШИРНЫХ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ГРЫЖАХ И СПАЕЧНОЙ БОЛЕЗНИ

Гербали О.Ю. (1), Костырной А.В. (1), Закут С.Р. (2)

Симферополь

- 1) ФГАОУ ВО "Крымский федеральный университет им. В.И. Вернадского,
"Медицинская академия им. С.И. Георгиевского",
- 2) ГБУЗ РК "РКБ им. Н.А. Семашко"

Актуальность проблемы. Современные принципы лечения обширных послеоперационных вентральных грыж (ПВГ) предусматривают обязательную широкую интервенцию в брюшную полость с целью оценки ее состояния, коррекции спаечного процесса. При ПВГ ограниченный или распространенный спаечный процесс имеет место у 50,4-90,0 % больных, причем, успех операции при ПВГ, когда необходимо одновременно решать вопросы тактики, связанные со спаечной болезнью брюшины (СББ), во многом зависит от правильного выбора способа грыжесечения и его технического исполнения. Необходимость хирургической тактики у больных с ПВГ, сочетающейся со спаечной болезнью, не вызывает сомнения. Это в равной степени касается вопросов профилактики такого грозного послеоперационного осложнения как острая послеоперационная спаечная кишечная непроходимость, которая по нашим данным наблюдается у 14,0 % больных, оперированных по поводу обширных форм ПВГ. Цель исследования – улучшить результаты хирургического лечения у больных с симультанной патологией при обширных послеоперационных грыжах и спаечной болезни. Материал и

методы. Работа выполнена у 36 больных с обширными послеоперационными вентральными грыжами и спаечной болезнью брюшины в возрасте от 35 до 72 лет, поступивших в ГБУЗ РК «РКБ имени Н. А. Семашко» в 2017 году. Мужчин было 9 (25,0 %), женщин – 27 (75,0 %). Дооперационная диагностика спаечной болезни проводилась путем УЗИ и целенаправленного рентгенологического исследования, основанного на применении вместе с пассажем бариевой взвеси контрольной растворимой капсулы. Размер капсулы выбран так, чтобы он не превышал половины просвета изначально функционирующей тонкой кишки, что составляет 11-12 мм. Время ее пребывания в кишечнике 6-7 часов, после чего капсула растворяется. Рентгенологический контроль пассажа проводится через 2-4 часа и по задержке или по отставанию капсулы от бариевой массы, делается заключение стеноза тонкой кишки. Это позволяет планировать объем оперативного вмешательства, целенаправленно проводить ревизию брюшной полости и определить необходимость энтеролизиса. У 4 больных произведена лапароскопия и пневмогерниография. У 32 больных выполнены открытые операции, включающие герниопластику грыжевого дефекта методами onlay, sublay с тотальным энтеролизисом. У 4 больных – закрытые видеоассистированные операции. Результаты. Достаточно сказать, что в наших клинических наблюдениях из 36 больных с обширными послеоперационными грыжами, сочетающимися с распространенным спаечным процессом брюшной полости у 6 (16,7 %) больных возникла ранняя послеоперационная кишечная непроходимость и как следствие этого были произведены релапаротомии. У одного из этих больных произведено три релапаротомии по поводу рецидивирующих приступов ранней спаечной кишечной непроходимости. У остальных 30 (83,3 %) больных ранний послеоперационный период протекал тяжело, на фоне 5-6 дневной паралитической кишечной непроходимости, консервативное лечение которой требует терпения и опыта. Таким образом, ненатяжная пластика с использованием полимерных эндопротезов может считаться оправданной при коррекции обширных послеоперационных грыж и спаечной болезни. Однако клиническое внедрение закрытых видеоассистированных методов операции является ярким отражением тенденций современной хирургии в лечении данной категории больных. Эти щадящие методы операций при вентральных грыжах служат альтернативой традиционным способам герниопластики.

**61. ОПЫТ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПИЛОРОДУОДЕНАЛЬНОГО СТЕНОЗА
У ЛИЦ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА С ВЫСОКИМ
ОПЕРАЦИОННО - АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКИМ РИСКОМ**

Дулаева С.К.

Санкт-Петербург

Северо-Западный государственный медицинский университет имени И.И. Мечникова
Министерства здравоохранения Российской Федерации.

Актуальность. Проблема пилородуоденального стеноза колеблется в разных странах в широких пределах. Пилородуоденальные стенозы являются одним из тяжелых осложнений язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, а также онкопатологии у лиц старших возрастных групп с отягощенным полиморбидным фоном. Лечение у этих пациентов сводится к формированию гастроэнтероанастомоза. В настоящее время существует множество способов формирования, однако до сих пор не существует единства взглядов хирургов на выбор хирургической тактики, что обуславливает необходимость усовершенствовать технику с применением эндовидеохирургии, тем самым улучшить непосредственные результаты лечения. Цель. Улучшить результаты лечения пилородуоденального стеноза у больных пожилого и старческого возраста в условиях полиморбидности, путем применения оптимальной предоперационной подготовки и современных высокотехнологичных методов оперативного лечения. Материалы и методы. Проведен анализ результатов обследования и лечения 80 пациентов с пилородуоденальным стенозом различной этиологии. Все пациенты были распределены на две группы. Контрольную группу составили 40 больных, оперированных с использованием традиционного лапаротомного оперативного вмешательства и общепринятой предоперационной подготовки. В основную группу включены 40 больных, которым проводилась предоперационная подготовка с включением ранней энтеральной терапии, нутриционной поддержки и выполнением в последующем эндовидеохирургической операции. В целом, в основной и контрольной группах, мужчины составили 57,8%, женщины 42,5%. В основной и контрольной группах средний возраст обследованных пациентов был практически одинаков и составлял, соответственно, 78,3 и 78,0 лет. В целом, в возрасте до 70 лет было 13,2% всех обследованных, от 70 до 79 лет - 36,8%, 80 лет и старше - 50,0% от общей численности обследованного контингента. Влияние коморбидности на течение периоперационного периода оценивалось с помощью возраст-зависимого индекса Charlson. Во всех случаях для больных была характерна полиморбидность. В среднем, на одного пациента приходилось до 6 - 7 нозологических форм одновременно протекающих заболеваний. В основной группе пилородуоденальные стенозы язвенной этиологии были у 5 (12,5%) больных, онкологической природы у 35 (87,5%), в контрольной - соответственно у 4 (10%) и у 36 (90%). В основной группе больных с субкомпенсированным стенозом было 15 (37,5%), с декомпенсированным - 25 (62,5%), в контрольной с субкомпенсированным 8 (20%), с декомпенсированным 32 (80%), то есть преобладали больные с декомпенсированным стенозом. Результаты. Средняя длительность дооперационного периода пребывания в стационаре в основной группе составила 5,0 дней, в контрольной группе - 9,1. Средняя продолжительность операции в основной группе составила 62,4 мин., в контрольной группе 104,1 мин. Средняя длительность

послеоперационного периода среди пациентов основной группы составила 14,2 дня, контрольной - 18,5 дней. При анализе числа послеоперационных осложнений наибольший процент встречался в контрольной группе 13 (32, 5 %), в основной 5 (12,5%). Летальность в основной группе составила 10%, в контрольной – 20%. Выводы. Эндовидеохирургическая техника формирования гастроэнтероанастомоза позволяет снизить число послеоперационных осложнений с 32, 5 % до 12, 5 % и летальность с 20 % до 10 %.

62.ПРАВОВЫЕ ДОКУМЕНТЫ, ОПРЕДЕЛЯЮЩИЕ ОРГАНИЗАЦИЮ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ С ОСТРОЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ В РФ: КРИТИЧЕСКИЙ ВЗГЛЯД ХИРУРГА

Дарвин В.В.

Сургут

БУ ВО Сургутский ГУ, БУ Сургутская ОКБ

Цель исследования: проанализировать основные документы, регламентирующие организацию оказания помощи больным с острой абдоминальной хирургической патологией в РФ и определить их соответствие реалиям клинической практике. Материал. Для анализа использованы документы: Федеральный закон № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ», приказ Минздрава РФ №922н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю «хирургия», распоряжение Правительства РФ от 28.12.2016 №2885-р «Перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов», приказ Минздрава РФ №203 н «Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи», утвержденные национальные клинические рекомендации «Ургентная абдоминальная хирургия». Результаты и обсуждение. В результате проведенного анализа установлено: Приказ Минздрава РФ №922н определяет порядок и этапы оказания помощи больным хирургического профиля. Не согласен с п. 14 Порядка, согласно которому в медицинскую организацию, оказывающую специализированную медицинскую помощь больной может попасть либо самостоятельно, либо по направлению медицинского работника со средним образованием, семейного врача, врача терапевта, врача хирурга, а также бригадой скорой помощи. То есть, врач иной специальности, даже при отсутствии сомнений в диагнозе ОАХП, не имеет права самостоятельно направить больного в хирургический стационар. Согласно ст. 32 ФЗ № 323 формами медицинской помощи являются: экстренная, неотложная и плановая. А как определить и на основании каких критериев нечеткую и в большинстве недостаточно прогнозируемую формулировку «...представляющих угрозу жизни», что является критерием формы? В ст. 35 ФЗ появляется еще одна формулировка «срочное медицинское вмешательство». Одной из определяющих правильное выполнение клинической работы является ст. 72 323-ФЗ - медицинские организации должны сначала создать Условия для работы в соответствии с Порядками,

Стандартами и НКР - это первично, и только после этого надо требовать качество и эффективность оказания медицинской помощи. В соответствии со ст.ст. 10 и 37 ФЗ 323 Порядок, в котором, определены этапы, правила организации деятельности, стандарт технического оснащения, штатные нормативы, должен обеспечивать доступность и качество медицинской помощи и обеспечивать соответствие медицинской помощи необходимым требованиям. То есть, если медицинская организация имеет лицензию на оказание медицинской помощи по профилю хирургия, это означает, что она имеет все необходимое для оказания помощи по ОАХП, в частности, в соответствии со Стандартами. И, наоборот, Стандарты, должны быть составлены с учетом сил и средств, учтенных в Порядке, т.к. согласно той же статье 37 медицинская помощь организуется и оказывается в соответствии с Порядками, на основе Стандартов. А где же роль НКР в соответствии с ФЗ 323? В ст. 64 ФЗ 323 однозначно определено, что критерии оценки качества формируются на основе Порядков, Стандартов и НКР. То есть в основе клинической деятельности лежат Порядки и Стандарты, а оценка результата осуществляется на основании соответствия деятельности Порядкам, Стандартам и НКР. Для разрешения этой коллизии необходимо и в статью 10 и в статью 37 ФЗ добавить и НКР. Коснусь включения в НКР лекарственных препаратов. Согласно ст. 80 ФЗ 323 назначение и применение по медицинским показаниям лекарственных препаратов, не входящих в перечень жизненно необходимых, осуществляется в случаях их замены из-за индивидуальной непереносимости и по жизненным показаниям. То есть, лекарственные препараты и медицинские изделия, которые не включены в Перечень могут быть включены в НКР, но с соответствующей оговоркой. В Перечне нет серотонина (НКР «Острая неопухолевая кишечная непроходимость»), тетрадецилсульфата натрия (НКР «Кровотечение из ВРВ пищевода», «Язвенные кровотечения»), орготеина (НКР «Язвенные кровотечения»). В качестве критериев качества, согласно Приказу 203 н, при всей ОАХП, за исключением гастродуоденальных кровотечений, даны отсутствие гнойно-септических и тромбоэмболических осложнений, но оба вида осложнений могут возникнуть независимо от действия врачей, то есть они не являются полностью управляемыми. При иной ОАХП также выявлен ряд критериев, не соответствующих НКР. Заключение. Выявленные коллизии в нормативных документах могут быть устранены законодательно путем переработки правовых актов. Нормы права не могут бесконечно долго регулировать отношения, оставаясь неизменными.

63.МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ БРЮШИНЫ ПОСЛЕ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОГО ОПЕРАТИВНОГО АДГЕЗИОЛИЗИСА

Шалмагамбетов М.С., Бондаревский И.Я.

Челябинск

Южно-Уральский Государственный медицинский университет.
Кафедра факультетской хирургии.

Актуальность. Оперативное вмешательство, призванное устранить острую хирургическую патологию брюшной полости, наносит дополнительную травму брюшине на фоне уже имеющихся воспалительных изменений. Ишемия и гипоксия тканей замедляют процесс регенерации брюшины, угнетают тканевой фибринолиз и стимулируют адгезиогенез. Известно, что вероятность развития спаечной болезни брюшины коррелирует с количеством перенесенных абдоминальных операций. На сегодняшний день единственным способом лечения этого самого распространенного послеоперационного осложнения является оперативный адгезиолизис. Но, в свете учения о спаечной болезни, адгезиолизис, как и всякая хирургическая операция, может инициировать послеоперационный адгезиогенез брюшины. Целью исследования – изучить визуальные морфологические изменений брюшины после адгезиолизиса. Материалы и методы. Проведено экспериментальное, проспективное, рандомизированное, контролируемое, слепое исследование на лабораторных животных. Объектом исследования были крысы линии Wistar обоих полов массой 200-250 г. общим количеством 60 животных. На первом этапе производилась срединная лапаротомия и моделирование спаечного процесса, которое осуществлялось асептическим травматическим способом: путем десерозирования париетальной брюшины правой мезогастральной области и купола слепой кишки до появления капиллярного кровотечения. На втором этапе спустя 21 день животным выполнялась релапаротомия, ревизия органов брюшной полости, у тех животных, которых произошла полная ремезотелизация поврежденной брюшины – выводились из эксперимента. В случае развития спаечного процесса, производился тотальный адгезиолизис, как в области предшествующего повреждения, так и в других анатомических областях брюшной полости. По завершении операции рана послойно ушивалась. Через 3 недели производилась аутопсия животных, изучались морфологические изменения в брюшной полости, с использованием визуально-описательного метода. Статистическую обработку результатов исследования проводили с помощью SPSS Statistics 20.0, используя непараметрический критерий Уилкоксона, с поправкой Йетса. Статистически значимыми считали различия с $p < 0,01$. Результаты. На первом этапе исследования из 60 лабораторных животных у 21 (35%) произошла полная ремезотелизация десерозированных участков брюшины, без формирования спаек. У других 39 (65%) крыс развился спаечный процесс $Me=5,00$, [5,00;7,00]. После тотального адгезиолизиса при аутопсии крыс через 21 день, адгезиогенез развился у 39 (100%) $Me=7,00$, [6,00;8,00] животных и был представлен спаечными сращениями в виде конгломератов, состоящих из слепой кишки, тонкой и сальника, фиксированных к вентральной стенке. у 13 животных процесс был ограниченным. У других 16 крыс спайками были охвачены смежные анатомические области с вовлечением в процесс толстой и тонкой кишки. Сравнив результаты распространенности и выраженности спаек до и после адгезиолизиса, получено статистически значимое различие ($p=0,001$). Таким

образом, решение проблемы послеоперационного адгезиогенеза брюшины исключительно механическим путем, подразумевающее операцию по рассечению спаек, приводит к более тяжелым дегенеративно-дистрофическим изменениям брюшины, сопровождающимися более выраженным и распространенным спаечным процессом с грубым нарушением архитектоники и синтопии органов брюшной полости. С этой точки зрения операция по разделению спаек, призванная устранить острую кишечную непроходимость целесообразна в объеме адгезиолизиса спаек, непосредственно препятствующих пассажу кишечного содержимого, а тотальный адгезиолизис чреват высокой вероятностью усугубления дегенеративно-дистрофических изменений участков брюшины, как непосредственно десерозированных в ходе операции, так и в смежных, с операционным полем, областях брюшной полости. Заключение. Оперативный адгезиолизис приводит к более выраженным дегенеративным изменениям брюшины. Поэтому рассечение спаек целесообразно только с использованием средств вторичной профилактики.

64. ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ НЕПАЗИТАРНЫХ КИСТ ПЕЧЕНИ В ЭКСТРЕННОМ ПОРЯДКЕ С ПРИМЕНЕНИЕМ МИНИИНВАЗИВНЫХ МЕТОДИК

Мурунова Ю.Н., Дарвин В.В.

Сургут

БУ "Сургутская окружная клиническая больница"

Представлен опыт хирургического лечения 21 пациента с непаразитарными кистами печени, определена роль миниинвазивных методик при осложненном клиническом течении непаразитарных кист печени. Актуальность. В настоящее время подход к выбору метода хирургического лечения при осложненном клиническом течении непаразитарных кист печени неоднозначен. В структуре операций лапаротомия, включающая объем от иссечения стенки кисты до резекции печени, занимает значительную часть, и зачастую приводит к осложнениям. Однако разработаны новые подходы к лечению непаразитарных кист печени за счет использования миниинвазивных технологий под контролем методов медицинской визуализации, которые стали альтернативой открытым операциям, обладая малой травматичностью и возможностью ранней реабилитации больных. Цель. Оценка эффективности использования миниинвазивных технологий в улучшении результатов лечения пациентов с осложненным клиническим течением непаразитарных кист печени. Материалы и методы. В хирургическом отделении БУ «Сургутская окружная клиническая больница» в период с 2011 г. по 2015 г. по экстренным показаниям прооперирован 21 пациент с непаразитарными кистами печени. Группу больных с осложненным клиническим течением составили 19 человек, с неосложненным клиническим течением – 2 человека, диаметр кист варьировал от 34 до 21 мм. В исследовании преобладали осложнения гнойно-септического характера – 17 (80,9%) пациентов, у 1 (4,8%) пациента – разрыв кисты вследствие травмы с

развитием кровотечения, у 1 (4,8%) – компрессионный синдром с развитием желтухи, 2 (9,5%) пациента прооперированы в экстренном порядке в связи с интенсивным болевым синдромом, обусловленным большим размером кисты. Операции традиционным способом выполнены 4 (19,1%) пациентам (1 группа): 2 пациентам – резекция печени в объеме бисегментэктомии, 2 – минилапаротомия, дренирование кисты печени. Дренирование кист под УЗ-контролем проведено 17 (80,9%) пациентам (2 группа). Показаниями к лапаротомии явилось расположение кист вблизи крупных сосудов. Полученные результаты. В послеоперационном периоде в условиях реанимации наблюдались пациенты только после открытых операций. Средняя продолжительность составила 4 койко-дня. В среднем послеоперационный койко-день в данной группе пациентов составил – 39. Во второй группе пациентов послеоперационный койко-день – 24,4, что в 1,5 меньше чем после лапаротомии. Послеоперационные осложнения выявлены в обеих группах пациентов: в первой – инфицированная интрапаренхиматозная гематома – в 1 наблюдении, плеврит – в 2 наблюдениях; во второй – кровотечение из области стояния дренажа – у 1 пациента. Обсуждение. У пациентов первой группы выявлено большее количество послеоперационных осложнений, что привело к более длительному лечению в стационаре. На передней брюшной стенке остался послеоперационный рубец, что считается неудовлетворительным результатом с косметической точки зрения. Хороший косметический эффект достигнут у пациентов группы миниинвазивного лечения. Отдаленные результаты лечения изучены в сроки от 6 до 36 месяцев у 16 (76,2%) пациентов. У пациентов 1 группы в области операции данных за кистозные образования печени не выявлено. Во второй группе повторное наполнение кист выявлено у 4 (25%) больных, у 1 (6,3%) пациента отмечено появление болевого синдрома, что потребовало проведение радикальной операции в плановом порядке. Оценивая влияние метода лечения на осложнения в отдаленном периоде и клинические проявления, мы установили, что повторное хирургическое вмешательство требовалось пациентам, которым выполнено наружное дренирование кист печени. Выводы и рекомендации. Таким образом, дренирование непаразитарных кист печени под УЗ-контролем предпочтительнее при наличии инфекционных осложнений кист как подготовительный этап для проведения радикального лечения. Применение миниинвазивного способа лечения осложненных непаразитарных кист печени позволяет достичь снижения травматичности операций, сокращает сроки пребывания в стационаре, послеоперационные осложнения.

65. ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ТАКТИКИ “DAMAGE CONTROL” В ЛЕЧЕНИИ ОГНЕСТРЕЛЬНЫХ РАНЕНИЙ ЖИВОТА

Линёв К.А., Торба А.В.

Луганск, ЛНР

ГУ "Луганский государственный медицинский университет"

Актуальность. Огнестрельные ранения живота (ОРЖ) возникают в результате применения огнестрельного оружия при боевых действиях, террористических актах, «бытовой» травме. В практике общего хирурга ОРЖ встречаются нередко, но в указанных случаях могут иметь характер массовых поступлений. Тактика хирургической помощи при ОРЖ продолжает быть обсуждаемой, существуют противоречивые взгляды на лечебную стратегию “damage control”.
Материал и методы. Выполнен анализ историй болезни 100 пострадавших с ОРЖ, поступивших в Луганскую республиканскую клиническую больницу за период с мая 2014 г. по март 2015 г. включительно – 11 месяцев. Подлежали изучению характер выполненных операций, наличие осложнений и результат лечения. Результаты исследования. Из 100 исследуемых пострадавших у 21 оперативное вмешательство было ограничено ПХО ран, потому что они были непроникающие; у 15 больных (изолированные ранения тонкой кишки, желудка, печени, селезёнки, диафрагмы) избрана тактика одномоментного оперативного вмешательства; у 64 больных (64% поступивших; 81,0% проникающих ранений) избрана тактика “Damage control” – двухэтапное оперативное лечение. Выделяли следующие показания к выбору двухэтапного оперативного лечения “Damage control”: 1. множественные повреждения внутрибрюшных органов, когда имеется много участков (петли кишки, сегменты печени и др. ткани) сомнительной жизнеспособности – 40 пациентов. 2. тяжёлые сопутствующие внебрюшные поражения, требующие экстренных внебрюшных оперативных вмешательств – повреждения магистральных сосудов, травматические ампутации конечностей, проникающие ранения черепа, глаз - у 6 пациентов. 3. массивная кровопотеря и геморрагический шок на момент поступления – 18 пациентов. При оценке результатов лечения отметили, что умерло 29 (29%) пострадавших с ОРЖ, преимущественно пострадавшие с сочетанной травмой и множественными повреждениями внутрибрюшных органов. Осложнения в послеоперационном периоде наблюдались у 39 (39%) больных – перитонит, гнойно-септические осложнения, эвентрация, желудочно-кишечное кровотечение и внутрибрюшное кровотечение. Обсуждение. Первичную (сокращённую) операцию выполняли сразу при поступлении пострадавшего в экстренном порядке. Задачи первичной (сокращённой) операции: остановка кровотечения и остановка микробной контаминации. После чего формировали лапаростому. Затем проводили противошоковое лечение в отделении реанимации. Окончательную операцию выполняли при стабилизации гемодинамики, выведения пациента из шока и коррекции анемии – через 1-2 сут. после первичной операции. Во время окончательной операции повторно оценивали жизнеспособность органов, прежде всего кишечника, выполняли резекцию органов, формировали анастомозы, колостомы, дренировали и ушивали послойно брюшную полость. Отметили следующие преимущества разделения оперативного лечения ОРЖ на два этапа: 1. Позволяет экономить время оперирующего хирурга при массовом поступлении, так как сокращает время первичной операции до 30-40 мин на одного пострадавшего. 2. Временной

интервал между вмешательствами позволяет сформироваться некрозу в зоне «молекулярного сотрясения» огнестрельного повреждения органа, что позволяет адекватно оценить жизнеспособность тканей во время повторного вмешательства. 3. Окончательная операция выполняется на гемодинамически стабильном пациенте с адекватной перфузией и оксигенацией тканей. 4. Окончательная операция проводится в отсроченном порядке, что позволяет подобрать операционную бригаду и работать без спешки с использованием всех необходимых инструментов и оснащения. Вывод. Применение тактики “Damage control” в лечении сочетанной и множественной огнестрельной травмы живота считаем обоснованным.

66.ХАРАКТЕРИСТИКА СОВРЕМЕННОЙ ОГНЕСТРЕЛЬНОЙ ТРАВМЫ ЖИВОТА

Линёв К.А., Торба А.В.

Луганск, ЛНР

ГУ "Луганский государственный медицинский университет"

Актуальность. Знания особенностей огнестрельных ранений живота (ОРЖ) необходимы хирургу, работающему в области неотложной хирургии. Материал и методы. Выполнен анализ историй болезни 100 пострадавших с ОРЖ, поступивших в Луганскую республиканскую клиническую больницу за период с мая 2014 г. по март 2015 г. включительно – 11 месяцев. Подлежали изучению: характер ранения (изолированное – сочетанное, пулевое – осколочное, проникающее – непроникающее); характер повреждения органов. Результаты исследования. Среди пострадавших преобладали осколочные ранения (93%), пулевые ранения отмечались только у 7 (7%). У 71 (71%) пострадавшего ОРЖ сочетались с ранениями других областей тела, чаще всего – конечностей. Изолированное ранение живота отмечалось у 29 (29%) пострадавших. У 21 (21%) отмечались непроникающие ранения, у 79 (79%) пострадавших с ОРЖ – проникающие ранения с повреждением органов брюшной полости, из них у 54 (54%) – множественное повреждение внутрибрюшных органов. При исследовании локализации входного отверстия ранящего снаряда отметили, что только у 41 (41%) пострадавшего оно располагалось на передней брюшной стенке, у остальных пострадавших расположение входного отверстия имело другие локализации: нижняя половина грудной клетки, поясничная область, область позвоночника, межлопаточная область, ягодичная область, промежность и даже бедро (с повреждением органов живота). Следует отметить, что у 35 (35%) пострадавших входное отверстие локализовалось на задней поверхности тела. При исследовании частоты повреждения отдельных органов отметили наиболее частое повреждение тонкой кишки – у 27 (27%), толстой кишки – у 23 (23%), печени – 23 (23%), селезенки – 19 (19%), диафрагмы – 13 (13%), прямой кишки – 10 (10%). У 14 (14%) пострадавших отмечали забрюшинную гематому. Реже встречались повреждения других органов: желудка – у 8 (8%), двенадцатиперстной кишки – у 3 (3%), поджелудочной железы – у 5 (5%), левой почки – у 5 (5%), правой почки – у 4 (4%), мочевого пузыря – у 5 (5%), мочеточника – у 2 (2%), уретры – у 3 (3%), надпочечника –

у 1 (1%). Обсуждение. В современных боевых действиях основными поражающими факторами являются взрывные осколочно-фугасные боеприпасы, что отражается преимущественно в осколочном характере ОРЖ, сочетанной и множественной огнестрельной травме. При данных условиях частота поражения органа пропорциональна его объёму. Вывод. Современная огнестрельная травма характеризуется сочетанными осколочными ранениями с множественным повреждением органов.

67. ТАКТИКА ОБСЛЕДОВАНИЯ И ЛЕЧЕНИЯ ПОСТРАДАВШИХ С ОГНЕСТРЕЛЬНЫМИ РАНЕНИЯМИ ЖИВОТА

Линёв К.А., Торба А.В.

Луганск, ЛНР

ГУ "Луганский государственный медицинский университет"

Актуальность. Тактика хирургического лечения пострадавших с огнестрельными ранениями живота (ОРЖ) на первый взгляд проста и однозначна – при наличии проникающего ОРЖ производится лапаротомия, ревизия органов брюшной полости, ушивание или резекция повреждённого органа для остановки кровотечения и микробной контаминации. В то же время вопрос о подтверждении проникающего характера ОРЖ далеко не простой, трудно разрешимый при инструментальной ревизии раневого канала, его прогрессивном расширении. Перед хирургом стоит трудный вопрос, требующий мгновенного и однозначного решения – выполнять лапаротомию, ревизию органов брюшной полости или ограничиться первичной хирургической обработкой (ПХО) раны. Вот почему вопрос о клинических признаках проникающего характера ОРЖ, на наш взгляд, требует дальнейшего изучения. Материал и методы. Проведен анализ историй болезни 100 пострадавших с ОРЖ, поступивших в Луганскую республиканскую клиническую больницу в период с мая 2014 г. по март 2015г. включительно (11 месяцев). Среди пострадавших отмечалось 87 (87%) мужчин и 13 (13%) женщин. Средний возраст пострадавших составил $41,7 \pm 1,6$ лет (средний возраст мужчин $40,7 \pm 1,7$ года, женщин – $48,5 \pm 3,4$ года). Изучался объём экстренного обследования и показания к лапаротомии у пострадавших. При поступлении пострадавшего с ОРЖ в приемном отделении его осматривали анестезиолог-реаниматолог и хирург, задачи которых мы разделили следующим образом. Анестезиолог-реаниматолог оценивал функции сознания, дыхания, кровообращения. При их нестабильности выполнял интубацию трахеи, ИВЛ, диагностическую пункцию и дренирование плевральной полости (даже без рентгенологического контроля), установку центрального венозного доступа, инфузию кристаллоидных растворов, введение наркотических анальгетиков. Хирург выполнял следующие задачи: осмотр пострадавшего для определения характера повреждений; инструментальную ревизию раневого канала для определения показаний к лапаротомии; контролировал выполнение УЗИ и рентгенографии брюшной полости; осуществлял ПХО ран.

Результаты исследования. У 28 (28%) пострадавших диагноз проникающего ОРЖ был установлен «с первого взгляда», из них у 18 (18%) отмечали признаки внутрибрюшного кровотечения, у 8 (8%) – травматическую эвентрацию органов через выходное отверстие, у 2 (2%) – «доскообразный живот». У большинства (72, 72%) пострадавших проникающий характер ранения вызывал сомнения, им выполнили экстренное обследование: ультразвуковое исследование (УЗИ) органов брюшной полости, обзорную рентгенографию брюшной полости в двух проекциях, спиральную компьютерную томографию (СКТ) без контрастирования; а также ревизию раневого канала, ректальное исследование. Как результат обследования – у 51 пострадавшего ранение признано проникающим, у 21 – непроникающим. Всем пострадавшим с проникающими ОРЖ оказано оперативное пособие, с непроникающими ОРЖ – только ПХО огнестрельных ран. Обсуждение. Определили следующие признаки проникающего характера ОРЖ: 1. Клиническую картину внутрибрюшного кровотечения – геморрагический шок. 2. Клиническую картину повреждения полого органа – «доскообразный живот». 3. Наличие свободной жидкости в брюшной полости по данным УЗИ. 4. Наличие осколков внутри брюшной полости по данным рентгенографии брюшной полости и СКТ. 5. Проникающий характер ранения, установленный при ревизии раневого канала. 6. Выделение крови из прямой кишки. Выводы. 1. При отсутствии явных признаков проникающего характера ОРЖ пострадавшему следует выполнить УЗИ, рентгенографию брюшной полости в двух проекциях, желательно, СКТ. 2. Клиническими признаками проникающего характера ОРЖ могут быть геморрагический шок, перитонит, наличие свободной жидкости по ультразвуковым данным и внутрибрюшных инородных тел по рентгенологическим или КТ-данным, проникающий характер ранения по данным ревизии раневого канала и выделение крови из прямой кишки.

68. РОЛЬ ЭНДОСКОПИЧЕСКИХ ТРАНСПАПИЛЛЯРНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО БИЛИАРНОГО ПАНКРЕАТИТА

Нишневич Е.В., Алексейцев А.В., Мерсаидова К.И., Эккельман В.Е., Вагин П.В.

Екатеринбург

МАУ ГКБ№40

Острый билиарный панкреатит (ОБП) является одним из грозных осложнений ЖКБ. Летальность достигает 50%. Среди хирургов нет единого мнения в отношении тактических подходов к лечению данной патологии. Роль и сроки выполнения эндоскопических транспапиллярных вмешательств (ЭТВ) при ОБП до сих пор активно обсуждаются. Цель. оценить роль и место эндоскопических транспапиллярных вмешательств в лечении острого билиарного панкреатита. Материалы и методы. В исследование включено 82 пациента с ОБП. Критерием для установления диагноза считали наличие острого панкреатита, протекающего на фоне ЖКБ. Панкреатит тяжелой степени был выявлен у 19(23%), средней тяжести – у

60(73%), лёгкой степени – у 3(4%) пациентов. Всем пациентам при подозрении на ОБП выполняли дуоденоскопию для определения дальнейшей тактики. При наличии признаков ущелённого камня БСДК выполняли ЭПСТ с литоэкстракцией. При исключении ампулярной обструкции, от ЭТВ воздерживались. Для оценки влияния ЭТВ на течение ОБП были сформированы 2 когорты пациентов: группа №1 (n=54) – пациенты, которым были выполнены ЭТВ, группа №2 (n=28) – которым ЭТВ не выполнялись. Для изучения влияния экспозиции ампулярной обструкции на течение ОБП сформировали 3 группы пациентов: группа №3 (n=22) – пациенты, которым дуоденоскопия выполнена не позднее 24 часов от начала заболевания, группа №4 (n=32) – пациенты, которым дуоденоскопия выполнена через 24-72 часа и группа №5 (n=24) – позднее 72 часов. Результаты. У 46(52%) пациентов визуализировали конкремент в устье БСДК, у 14(17%) – выявлены эндоскопические признаки транспапиллярной миграции конкремента, у 4(5%) - обнаружены внутриампулярные конкременты, у 18(22%) – изменений БСДК выявлено не было. При сравнении результатов лечения ОБП в зависимости от выполнения ЭТВ получили следующие данные: тяжёлый панкреатит развился у 10(19%) и 7(25%) пациентов, продолжительность госпитализации составила $8,1 \pm 2,3$ и $8,2 \pm 2,1$ суток, абдоминальные осложнения, потребовавшие оперативного вмешательства, случились у 3(6%) и 4(14%) пациентов, летальность составила 5(9,3%) и 2(7%) пациентов в первой и второй группах соответственно. Различий в сравниваемых группах не выявлено. Представленные данные демонстрируют, что ЭТВ, выполненные на фоне ОБП, не способствуют отягощению течения заболевания, что обуславливает необходимость их выполнения с целью купирования ампулярной обструкции. При сравнении результатов лечения пациентов с ОБП в зависимости от продолжительности ампулярной обструкции получили следующие результаты: тяжёлый панкреатит развился у 2(9%), 8(25%) и 9(38%) пациентов, продолжительность госпитализации составила $8,2 \pm 2,1$, $8,17 \pm 2,3$ и $8,23 \pm 2,2$ суток, абдоминальные осложнения, потребовавшие оперативного вмешательства, случились у 1(5%), 2(6%) и 5(21%) пациентов, летальность составила 1(5%), 2(6%) и 4(16%) пациентов, холангит выявлен у 1(5%), 4(13%) и 7(29%) пациентов в группах №№3,4,5 соответственно. Количество пациентов с холангитом и тяжёлым панкреатитом в группе №5 было достоверно больше, чем в группе №3 ($P=0,0489$ и $P=0,0375$ соответственно). Исходя из представленных данных, можно заключить, что значимым фактором, способствующим отягощению течения ОБП, является продолжительность ампулярной обструкции. При этом существенно увеличивается риск развития холангита, что усугубляет тяжесть заболевания. Выводы. Раннее выполнение ЭТВ не способствует утяжелению течения ОБП. Ампулярная обструкция более 72 часов значительно увеличивает риск развития холангита, что существенно отягощает течение ОБП. Ранняя ампулярная декомпрессия при ОБП способствует более благоприятному течению заболевания.

**69. РАЗНЫЕ ВЗГЛЯДЫ НА ОДНУ ПРОБЛЕМУ: СОСУДИСТЫЙ ШОВ
ИЛИ ПЕРЕВЯЗКА СОСУДА ДЛЯ ОКОНЧАТЕЛЬНОЙ ОСТАНОВКИ КРОВОТЕЧЕНИЯ
ПРИ БОЕВОЙ ТРАВМЕ**

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

Москва

Филиал Военно-медицинской академии им. С.М. Кирова, МО РФ

Кровотечение, как один из грозных признаков повреждения кровеносных сосудов, известно человечеству с древних времен и для окончательной остановки кровотечения использовались различные способы. Какой из оперативных методов при боевой сосудистой травме предпочтительно применить: древний способ лигирования сосуда (А.Паре, 1570) или сосудистый шов (боковой - А.А. Ясиновский, 1889; циркулярный – Каррель, 1912. Цель: Изучить и проанализировать доступные материалы по лечению боевой сосудистой травмы отечественными военно-полевыми хирургами во время мировых войн XX века. Материал и методы: монографии, материалы съездов, научных конференций, инструкции, указания, статистические материалы; научные методы историко-медицинского описания, системно-структурного анализа. Результаты: Сосудистый шов в боевой обстановке русскими хирургами впервые был применен во время Первой мировой войны (1914-1918) и накладывался он в очень редких случаях. Одним из первых хирургов сосудистый шов при повреждениях сосудов в войско-вом районе применил Н.А. Богораз и полагал, что «наложение шва является, несомненно, лучшим способом операции при повреждении сосудов». В то же время А.А. Опокин в своей фундаментальной монографии «Хирургия военно-полевых ранений» (1931) не столь категоричен, считая, что «с точностью судить о преимуществах шва сосудов перед перевязкой на основании имеющегося материала еще затруднительно». Любопытно мнение по поводу применения сосудистого шва А. А. Розена: «Эта операция (сосудистый шов) требует для себя и особых показаний, и особых, сугубо асептических, условий оперирования. Шить там, где простая перевязка сосуда и безопасна, и прямо ведет к цели, есть, по выражению французов, хирургическое кокетство» («Огнестрельные повреждения кровеносных сосудов», 1916). «Сосудистый шов – операция тыловых госпиталей, но не войскового района» - мнение известного военно-полевого хирурга М.Н. Ахутина («Военно-полевая хирургия», 1941). Того же мнения были и выдающиеся военно-полевые хирурги П.А. Куприянов и С.И. Банайтис, которые считали, что сосудистый шов, конечно, «идеальная операция», но «в условиях напряженной работы в учреждениях войскового района создаются значительные трудности при осуществлении этого метода» («Краткий курс военно-полевой хирургии», 1942). Участник пяти войн старейшина российской хирургии А.П. Крымов считал, что «сосудистый шов является идеальным способом лечения травматической аневризмы, но он все-таки требует для своего производства и более времени, чем простая перевязка, и хорошей техники», поэтому, в случаях «где коллатерали развиты хорошо, можно ограничиться перевязкой сосуда», а там, «где коллатерали развиты плохо, необходим сосудистый шов...» («Огнестрельная аневризма», 1943. Исключительный материал по лечению огнестрельных ранений магистральных сосудов в период Великой Отечественной войны (1941-1945) собрали и защитили в виде докторских диссертаций, а затем и выпустили в виде монографий, видные хирурги А.И. Арутюнов и Б.В. Петровский. Необходимо отметить, что эти работы внесли

существенный вклад в развитие данной области военно-полевой хирургии. Борис Васильевич Петровский считал: «Шов сосуда показан при всех ранениях артерий, лигирование которых часто приводит к тяжелому нарушению кровообращения. Нами выявлены значительные преимущества шва артерии перед лигатурой, что особенно заметно в группе операций на магистральных сосудах» («Хирургическое лечение огнестрельных ранений сосудов в условиях фронтового района», 1946). Александр Иванович Арутюнов считал, что «Сегодня попытка оспаривать целесообразность спасательной для конечности и для жизни раненого операцию сосудистого шва при целом ряде случаев уже звучит как пережиток; с другой стороны, даже со стороны самых ревностных сторонников сосудистого шва вряд ли можно встретить утверждение, что лигатурный метод при ранениях крупных сосудов имеет лишь исторический интерес» («Огнестрельные ранения магистральных сосудов и их лечение на этапах эвакуации», 1944). По сводным данным 19-го тома «Опыта советской медицины в Великой Отечественной войне 1941–1945 гг.» сосудистый шов был наложен только в 1,4% всех ранений кровеносных сосудов. «Сосудистый шов – идеальный метод оказания хирургической помощи при ранении крупных сосудов, однако в Великую Отечественную войну, как и в прошлые войны, на передовых этапах он применялся редко». Для окончательной остановки первичных кровотечений применялись различные способы и среди них первое место занимали оперативные вмешательства на сосудах. Операцией выбора была перевязка сосудов в ране из-за наиболее простого и надёжного способа остановки первичных кровотечений на этапах войскового и армейского района. В настоящее время опыт локальных войн и военных конфликтов несколько изменил подходы при оказании помощи пострадавшим с ранениями крупных сосудов. Такая патология по данным современных исследователей составила около 3,8 % от всех пострадавших. Эффективным организационным мероприятием оказания помощи раненым с повреждениями магистральных сосудов явилось создание специализированных групп усиления (с обязательным включением в состав сосудистого хирурга) и включение данных групп в передовые госпитальные базы, что позволяет полноценно оказывать помощь в первые часы после ранения. Такой подход позволил значительно улучшить общие результаты лечения раненых с повреждениями магистральных сосудов. Заключение. Таким образом, мнения выдающихся военно-полевых хирургов XX века были неоднозначны. Восторженные отзывы о применении сосудистого шва некоторых из них не были поддержаны большей частью. Подавляющее большинство пришло к выводу о необходимости дифференцированного подхода к применению оперативных методов лечения при боевой сосудистой травме. Важным являются и организационные мероприятия для оказания помощи пострадавшим с повреждениями магистральных сосудов, что позволило на современном этапе значительно улучшить результаты лечения.

70. МАЛОИНВАЗИВНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ЛЕЧЕНИИ ФИБРОЗНО-КИСТОЗНЫХ МАСТОПАТИЙ У ЖЕНЩИН

Шабает Р.М., Староконь П.М., Долгих Р.Н., Галик Н.И.

Москва

Филиал Военно-медицинской академии им. С.М.Кирова МО РФ

Лечение мастопатии представляет трудную задачу ввиду сложного, до конца не изученного этиопатогенетического механизма, тесной взаимосвязи этого заболевания с рядом нейроэндокринных нарушений, состоянием гепатобилиарной и иммунной систем, которые оказывают значительное влияние на течение патологического процесса в молочных железах. Основным методом хирургического лечения фиброзно-кистозной мастопатии (ФКМ) в настоящее время является секторальная резекция молочной железы. Недостатками такого лечения является определенная травматичность, относительно длительный срок пребывания в стационаре (5-7 дней). В отдаленном периоде наблюдается нарушение архитектоники молочной железы, что может приводить к патологии лактации. Возможны и косметические дефекты – образование рубцов, деформация молочной железы, асимметрия молочных желез. В настоящее время малоинвазивные технологии все шире используются при лечении ФКМ. Так применяется способ термотерапии кист молочной железы с использованием высокоинтенсивного лазера. При отсутствии признаков злокачественного роста, под ультразвукографическим контролем в кисту (образование) полипозиционно вводят ряд игл-проводников размером 14 G. Число игл равно количеству зон лазерного воздействия. Производят поэтапное (через канал каждой иглы) воздействие на стенку кисты высокоинтенсивным лазерным излучением (длина волны 805 нм) в непрерывном режиме мощностью 1,5-2,0 Вт в течение 5-10 минут. Подведение лазерного излучения осуществляют с помощью гибкого кварцевого световода диаметром 600 мкм. При выполнении лазерной термотерапии после извлечения световода из канала последней иглы-проводника создают дозированную компрессию тканей молочной железы на 2 часа путем наложения давящей повязки. Для склерозирования кист молочной железы применяется этанол. Он вводится в полость кисты под УЗИ-навигацией. Так же для склерозирования кист склерозант вводят по катетеру, проведенному в сосок молочной железы, сквозь млечный синус и далее в долевой проток и полость кисты. Известен способ малоинвазивного хирургического лечения кист молочной железы, включающий пункцию кисты под контролем ультразвукового датчика, аспирацию содержимого, введение в полость кисты хирургического клея "Сульфакрилат". Происходит склерозирование кисты и рассасывание клея к 30-45 дню после введения. В многопрофильном военном лечебном учреждении пролечено 45 пациенток по поводу фиброзно-кистозной мастопатии с использованием малоинвазивных технологий, а именно гольмиевого лазера «Versa Puls Power Suite». Все пациентки предварительно обследованы, включая УЗИ, маммографию, ПАБ кист молочных желез с цитологическим исследованием материала. У всех 45 пациенток диагностирована диффузная фиброзно-кистозная мастопатия с преобладанием кистозного компонента, множественных кист молочных желез. Хирургическое лечение проводилось в условиях малой операционной (перевязочной) где устанавливался аппарат - гольмиевый лазер «Versa Puls Power Suite». Устанавливались параметры процедуры на дисплее: энергия импульса 0,5 - 1,0 Дж, частота 10 Гц, мощность от

5 до 10 Вт. После обработки операционного поля растворами антисептиков и определения расположения кисты в молочной железе под контролем УЗИ-аппарата производилась местная анестезия. Далее при помощи пункционной иглы производился забор жидкости кисты на цитологическое исследование. Затем пункционную иглу одедали на световод, производилась пункция кистозного образования. Через просвет иглы в полость кисты вводился световод на расстояние до 1,0 см от края иглы и производилась обработка стенок кисты лазером под контролем аппарата УЗИ от 3 до 10 минут в зависимости от объема кисты со сменой положения световода в пространстве. Критерием эффективной обработки являлось появление линейного рубца в зоне расположения кисты. После удаления иглы со световодом производился контрольный осмотр при помощи аппарата УЗИ. Контрольный осмотр через 6 – 12 месяцев после лазерной коагуляции кистозных образований не выявил рецидива. Наблюдение продолжается. Таким образом, благодаря использованию малоинвазивных технологий, а именно гольмиевого лазера, удалось достичь ряда положительных моментов: снижение травматичности операций; сохранилась архитектоника и функциональная возможность молочных желез; косметичность операций, отсутствие разреза на молочной железе, что сказывается в дальнейшем на повышении качества жизни пациенток; возможность лечения амбулаторно; приступить к труду (исполнению служебных обязанностей) на следующий день без оформления листа нетрудоспособности.

71.АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОЙ МЕЗЕНТЕРИАЛЬНОЙ ИШЕМИИ

Минаева Н.К.(1), Пиникер Л.А.(2), Садыкова М.Н.(2)

Сыктывкар

1) КФ КГМУ, 2) ГБУЗ РК СГБ №1

Острая мезентериальная ишемия (ОМИ) - тяжелое заболевание, имеющее высокую летальность в связи с трудностями ранней диагностики, своевременным выполнением вмешательств на сосудах и кишечнике, полиморбидностью пациентов. Цель: изучить возможности эффективного лечения ОМИ с благоприятным исходом в хирургическом отделении скорпомощного ЛПУ. Материал и методы: Ретроспективный анализ лечения 15 больных ОМИ с благоприятным исходом в СГБ №1 Сыктывкара в 1999-2013г.г., среди них было 9 мужчин, 6 женщин от 37 до 84 лет (средний возраст 65). Результаты: Время от начала заболевания до обращения в стационар варьировало от 1 часа до 4 суток. Из дома были доставлены 8 больных, из поликлиники 1, из других ЛПУ были переведены 4, обратились самостоятельно 2 с диагнозами: острый панкреатит (ОП) - 3, острый аппендицит (ОА) - 2, перфоративная язва желудка (ПЯЖ) - 3, острая кишечная непроходимость (ОКН) - 3, острый живот (3), тромбоз мезентериальных сосудов (ТМС) -1. При поступлении в приемный покой 5 больным выставлен диагноз ТМС, 3 - ОП, 3 - ОА, 2 - ОКН, 1 - острый колит, 1 - перитонит. В состоянии шока поступили 2 больных. Дооперационная диагностика включала Rg органов

брюшной полости (11), УЗИ (14), ФГДС (3), комплекс стандартных лабораторных исследований, ЭКГ. Сопутствующие заболевания имели 13 больных, из них заболевания сердечно-сосудистой системы (ССС) 12 (80%), болезни органов пищеварения 7, мочевого выделения 4, дыхания 1, сахарный диабет 1. Сроки от момента поступления до оперативного лечения ОМИ составили от 2 часов до 6 суток. В первые сутки оперированы 14 больных. 2 больным была выполнена аппендэктомия, затем через 3 и 6 суток соответственно оперированы по поводу ОМИ. Остальные больные были взяты на операцию ТМС (7), перитонитом неясной этиологии (3), ОКН (2), острым холециститом (1). В структуре ОМИ эмболия верхней брыжеечной артерии (ВБА) I сегмента была у 1 больного, тромбоз ВБА II и III сегментов был у 9 больных (60%), тромбоз нижней брыжеечной артерии был у 2, тромбоз верхней брыжеечной вены был у 2, тромбоз нижней брыжеечной вены у 1. Выполнены оперативные вмешательства: эмболэктомия из ВБА без резекции кишки - 1, артериотомия ВБА с резекцией 2/3 тонкой кишки с наложением первичного кишечного анастомоза - 1, резекция сегмента тонкой кишки с первичным анастомозом - 4, резекция 1/2 тонкой кишки с анастомозом - 3, резекция 1/2 тонкой кишки и правосторонняя гемиколэктомия с первичным анастомозом - 2 и с наложением илеостомы - 1, резекция сигмовидной кишки с наложением колостомы - 1, левосторонняя гемиколэктомия с наложением колостомы - 2. Программируемая релапаротомия выполнена 2 больным. Через один месяц были повторно оперированы 2 больных для закрытия илеостомы и колостомы. Двое больных с колостомой выписаны на амбулаторное лечение. В ОРИТ больные находились от 2 до 15 суток. Сроки пребывания больных составили от 14 до 53 койкодней. Осложнения были у 6 больных (40%), часть имела по 2 осложнения: инфаркт миокарда - 1, двусторонняя пневмония - 1, анемия - 4, динамическая кишечная непроходимость - 2, нагноение раны - 1. Все больные получали антикоагулянты, дезагреганты, антибиотики, инфузионную терапию, обезболивающие, гастропротекторы. Выводы: Диагностика ОМИ представляет трудности как на догоспитальном, так и на госпитальном этапах. 80% больных имели тяжелые заболевания ССС. В представленном исследовании в структуре ОМИ чаще имел место тромбоз II и III сегментов ВБА (60%). Прогноз для выживания больных ОМИ более благоприятен при сохранении хотя бы 1/3 тонкой кишки после резекции. Для улучшения диагностики ОМИ в сложных и неясных случаях необходимо решение организационных вопросов с целью проведения КТ-ангиографии на базе имеющих такую аппаратуру ЛПУ.

**72.«ОТКРЫТЫЙ ЖИВОТ» КАК СПОСОБ ЛИКВИДАЦИИ ОСТРОЙ СПАЕЧНОЙ
КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ ПРИ ТРУДНОРАЗДЕЛИМОМ
СПАЕЧНОМ ПРОЦЕССЕ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ**

Клевакин Э.Л.

Екатеринбург

МАУ ГКБ№14

Актуальность: устранение острой спаечной кишечной непроходимости (ОСКН) в трудноразделимых спаечных конгломератах в большинстве случаев сопряжено с тактическими и техническими проблемами. Цель: изучить результаты лечения больных ОСКН с трудноразделимыми спаечными процессами с использованием общепринятых хирургических способов и «открытого» ведения брюшной полости без адгезиолизиса. Материал и методы: в хирургическом стационаре МАУ ГКБ№14 г. Екатеринбурга за период с 2009 по 2016гг. оперированы 497 больных ОСКН. У 39 (7,8%) из них спаечный процесс представлял собой трудноразделимые конгломераты, распространённые на 2/3 брюшной полости и более, а спайки представлены плотными трудноразделимыми висцеро-висцеральными соединительнотканными сращениями. Попытка консервативного разрешения ОСКН была неэффективной. В первую группу включены 25(64%) больных, из которых 13 больным выполнили адгезиолизис, несмотря на высокий риск повреждения кишечника, ещё 12 пациентам выполнили резекцию спаечного конгломерата. Во вторую группу включены 14(36%) пациентов, которым после лапаротомии отказались от попыток рассечения спаек, брюшную стенку не ушивали, и в последующем брюшную полость вели «открытым» способом. Результаты: В первой группе проходимость по кишечнику на операции была восстановлена у всех 25(100%) больных. У 4(17%) пациентов операция резекции спаечного конгломерата закончилась энтеростомией. Осложнения возникли у 21(84%) больных. В том числе, осложнения во время операции у 18(72%) больных: одиночные или множественные повреждения стенки кишки со вскрытием её просвета (8), множественные повреждения серозной оболочки кишки (10); тяжёлая кровопотеря (2). После операции осложнения возникли у 19(76%) пациентов: перфорация кишки и несостоятельность швов ушитых повреждений стенок кишечника (8), некроз петли тонкой кишки (1), несостоятельность швов межкишечного анастомоза (4), ранняя спаечная кишечная непроходимость (9), третичный перитонит (6), наружный неполный тонкокишечный свищ (3), внутрибрюшное кровотечение (1). Средние сроки госпитализации в первой группе составили 19(13-32) суток. Летальность составила 52% (13 больных). Во второй группе проходимость по кишечнику во время операции была восстановлена у 0% больных. После операции проходимость кишечника была восстановлена у всех 14(100%) пациентов. Осложнения развились у 4(29%) больных. В том числе, осложнения во время операции у 3(21%) больных - одиночные повреждения серозной оболочки кишки при вхождении в брюшную полость. После операции осложнения возникли у 3(21%) больных: эвентрация участка ободочной кишки (2), третичный перитонит (1). Некрозов и перфораций кишечника в этой группе больных не было. Средние сроки госпитализации составили 31(26-42) суток. Летальность во второй группе составила 7% (1 больная). Вывод: отказ от попытки адгезиолизиса или резекции спаечного конгломерата и «открытое» ведение брюшной полости может применяться для

ликвидации ОСКН в критических ситуациях в условиях распространённого и трудноразделимого спаечного процесса брюшной полости.

73.ЛАПАРОСКОПИЯ В ДИАГНОСТИКЕ И ВЫБОРЕ ЛЕЧЕБНОЙ ТАКТИКИ У БОЛЬНЫХ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫМ ПЕРИТОНИТОМ

Капшитарь А.В.

Запорожье

Запорожский государственный медицинский университет

Цель исследования: оценить возможности лапароскопии в диагностике и выборе лечебной тактики у больных послеоперационным перитонитом. Материал и методы. Работа выполнена в хирургическом отделении КП "Городской клинической больницы №2", базы кафедры хирургии и анестезиологии ФПО. Анализу подвергли 62 истории болезни оперированных пациентов. Их послеоперационный период имел неблагоприятное течение и с целью ранней диагностики внутрибрюшных осложнений выполнена лапароскопия (ЛС). Мужчин было 20 (32,3%), женщин – 42 (67,7%) в возрасте от 16 до 78 лет. После обследования их разделили на две группы. Группа А составила 37 (59,7%) пациентов, которым в связи с подозрением на острые хирургические абдоминальные заболевания выполнена ЛС. Диагностирована различная патология: у 18 (48,5%) больных -стерильный панкреонекроз, инфильтрат, у 6 (16,2%) – острое нарушение мезентериального кровообращения (ОНМК) в стадии ишемии и у 13 (35,2%) – патология исключена. Брюшная полость дренирована. В группу В включили 25 (40,3%) пациентов, которым выполнена лапаротомия. Подтверждена язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки (ДПК) (декомпенсированный стеноз-2) у 3 (12%) больных, диагностирован стерильный панкреонекроз – у 6 (24%), острый аппендицит – у 5 (20%), калькулёзный холецистит – у 4 (16%), аднексит – у 2 (8%), тубо-овариальный абсцесс – у 2 (8%) и ранение дна желчного пузыря – у 1 (4%). Лечебный этап лапаротомии у 6 (24%) пациентов заключался в дренировании сальниковой сумки, у 5 (20%) – аппендэктомии, у 4 (16%) – холецистэктомии, у 2 (8%) – резекции 2/3 желудка по Бильрот-2-Бальфуру, у 1 (4%) – селективной проксимальной ваготомии, у 1 (4%) – вскрытии тубо-овариального абсцесса, у 2 (8%) – лишь дренировании полости малого таза при аднексите и у 1 (4%) – ушивании колото-резаной раны дна желчного пузыря. В послеоперационном периоде возникли подозрения на внутрибрюшные осложнения, в связи с чем, в течение 2-3 суток выполнена ЛС или контрольно-динамическая ЛС согласно группам. Результаты исследования. Послеоперационный перитонит (ПОП) диагностирован у всех 62 больных. В группе А наиболее часто выявляли разлитой стерильный геморрагический ПОП у 18 (48,7%) пациентов и инфицированный геморрагический – у 11 (29,7%), редко: гнойно-фибринозный – у 5 (13,5%) и диффузный серозный – у 3 (8,1%). Причинами ПОП у 18 (48,7%) больных было прогрессирование стерильного панкреонекроза, выполнена аспирация перитонеального

экссудата, блокада круглой связки печени (Патент Украины № 28854 А), дренирование брюшной полости и малого таза. У 16 (43,2%) пациентов ПОП стал следствием ОНМК (стадия геморрагического инфаркта-11, стадия разлитого гнойного перитонита-5), назначена симптоматическая терапия. Впервые у 3 (8,1%) больных диагностирован острый мезаденит, серозный экссудат аспирирован, выполнена блокада брыжейки тонкой кишки, дренирование брюшной полости и малого таза. В группе В после ЛС выявили гнойно-фибринозный ПОП (разлитой-4, диффузный-3, местный-3) у 10 (40%) пациентов, стерильный геморрагический разлитой – у 6 (24%), желчный диффузный – у 5 (20%) и серозный диффузный – у 4 (16%). Релапаротомия осуществлена у 10 (49%) больных (тампонировано ложе желчного пузыря-4, дренирована несостоятельная культя ДПК-2, ушита острая перфорация ДПК-2 и несостоятельная культя червеобразного отростка-1, холецистэктомия-1). Малотравматичная лечебная ЛС выполнена у 12 (48%) пациентов, из которых у 6 (50%) больных со стерильным панкреонекрозом, геморрагическим перитонитом (блокада круглой связки печени), у 4 (33,3%) – острым мезаденитом (блокада брыжейки тонкой кишки). Всем пациентам также осуществлена аспирация экссудата, санация, дренирование малого таза. Умерли 4 (6,5%) больных (полиорганная недостаточность-3, абсцедировавшаяся пневмония-1) и выздоровели 58 (93,5%). Выводы: 1. ЛС является эффективным методом диагностики ПОП. 2. Лапароскопическая семиотика всесторонне характеризует ПОП. 3. ЛС позволяет в ранние сроки аргументировано избрать наиболее оптимальную лечебную тактику.

74.ОСОБЕННОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ ОСТРОЙ ТОНКОКИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ ВСЛЕДСТВИЕ НЕРАЗДЕЛИМЫХ СРАЩЕНИЙ В БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ

Капшитарь А.В.

Запорожье

Запорожский государственный медицинский университет

Цель исследования: выявить особенности хирургической коррекции острой тонкокишечной непроходимости, вследствие неразделимых сращений в брюшной полости. Материал и методы. Анализу подвергли 125 историй болезней оперированных пациентов с острой тонкокишечной непроходимостью (ОТКН) спаечного генеза за период с 1992 по 2017 годы. Все больные прошли лечение в хирургическом отделении КП „Городской клинической больницы № 2”, базы кафедры хирургии и анестезиологии ФПО ЗГМУ. Из 125 пациентов неразделимые сращения в брюшной полости имели место у 10 (8%) больных. Мужчин было 8 (80%), женщин – 2 (20%) в возрасте от 18 до 68 лет. Преобладали лица в возрасте 41-50 лет. Ранее у 2 (20%) пациентов первой операцией была лапаротомия по Мак-Бурнею, аппендэктомия, у 2 (20%) – операция Гартмана при острой перфорации дивертикула сигмовидной ободочной кишки, у 1 (10%) – ушивание перфоративной язвы

двенадцатиперстной кишки, у 1 (10%) – овари- и сальпингэктомия, у 2 (20%) – ушивание колото-резаных ран печени и у 2 (20%) – операция типа Гартмана при закрытой травме живота и разрыве ободочной кишки. В последующем они перенесли по несколько повторных операция. Наибольшее количество операций в прошлом выявлено у 1 больного и составило 16. После госпитализации в клинику, клинического, лабораторно-биохимического и аппаратного обследования у 5 (50%) больных диагностирована спаечная болезнь брюшной полости, ОТКН, у 3 (30%) – ОТКН и у 2 (20%) – острый аппендицит. Выполнена неотложная лапаротомия. Результаты исследования. У всех анализируемых пациентов отмечались трудности вхождения в брюшную полость и проведение диагностического этапа лапаротомии из-за обширных висцеро-париетальных и висцеро-висцеральных сращений. Диагностирована ОТКН и её причины - грубые сращения, инфильтраты и конгломераты, разделить которые не представилось возможным. Плотный конгломерат из петель тонкого кишечника и слепой кишки в правом нижнем квадранте живота выявлен у 3 (30%) больных, плотный аппендикулярный инфильтрат с вовлечением петель тонкого кишечника с короткой брыжейкой – у 2 (20%), абсцесс илеоцекальной области с множественными перфорациями терминального отдела тонкого кишечника – у 1 (10%) и плотный конгломерат из петель тонкого кишечника, большого сальника в средних отделах живота - у 4 (40%). Учитывая локализацию неразделимых технически сращений в брюшной полости по отношению к областям живота и слепой кишке, наличие острых перфораций в тонкой кишке, стадии аппендикулярного инфильтрата имели место особенности хирургической коррекции ОТКН. Причинами образования неразделимых сращений в брюшной полости у 2 (20%) пациентов были забытые инородные тела после ранее выполненных лапаротомий (марлевая салфетка-1, марлевый тампон-1), у 2 (20%) – плотный аппендикулярный инфильтрат, у 1 (10%) – абсцесс илеоцекальной области. Резекция тонкого кишечника с неразделимым конгломератом, наложение концевых илеостом выполнена у 3 (30%) больных, пересечение тонкой кишки проксимальнее инфильтрата, наложение концевых илеостом – у 2 (20%), резекция тонкого кишечника с инфильтратом, энтеро-энтеро-анастомоз бок-в-бок – у 4 (40%) и правосторонняя гемиколэктомия, илеотрансверзоанастомоз бок-в-бок – у 1 (10%). Из всех пациентов у 5 (50%) больных с наружными концевыми тонкокишечными стомами выполнен II этап реконструктивно-восстановительная операция. Так, у 3 (60%) больных наложен энтеро-энтеро-анастомоз бок-в-бок, у 2 (40%) - илеотрансверзоанастомоз бок-в-бок. Понадобился и III этап операции у 2 (20%) пациентов - правосторонняя гемиколэктомия, илеотрансверзоанастомоз бок-в-бок. Все больные выздоровели. Выводы: 1. Из всех пациентов с острой спаечной тонкокишечной непроходимостью у 8% выявлены неразделимые сращения в брюшной полости как причина ОТКН. 2. Значительные технические трудности у хирурга связаны с грубым, массивным спаечным процессом, в т.ч. неразделимыми сращениями. 3. Особенности спаечного процесса в брюшной полости требуют индивидуального подхода к выбору объёма хирургической коррекции ОТКН.

75. ПРИЧИНЫ И РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ЯТРОГЕННЫХ ПОВРЕЖДЕНИЙ В АБДОМИНАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ

Капшитарь А.В.

Запорожье

Запорожский государственный медицинский университет

Цель исследования: изучить причины, структуру и результаты лечения ятрогенных повреждений в хирургии органов брюшной полости. Материал и методы. Обобщён опыт лечения 42 больных с ятрогенными повреждениями (ЯП), возникшими в процессе выполнения лапаротомии в связи с хирургической патологией, за период с 1983 по 2015 годы и прошедших лечение в хирургическом отделении КУ „Городской клинической больницы № 2”, базы кафедры хирургии и анестезиологии ФПО. Мужчин было 24 (57,1%), женщин – 18 (42,9%). Возраст 16-86 лет. Объектом операций был желудок, двенадцатиперстная кишка (ДПК), печень, желчный пузырь, толстый и тонкий кишечник, внутренние и наружные грыжи, дивертикул Меккеля и др. Во время неотложной лапаротомии ЯП отмечены у 32 (76,2%) пациентов и плановой лапаротомии – у 10 (23,8%). Интеркуррентными заболеваниями страдали 38 (90,5%) больных. Ранее оперированы 10 (23,8%) пациентов (аппендэктомия-4, экстирпация матки-2, ушивание перфоративной язвы ДПК-1, дренирование сальниковой сумки-1, холецистэктомия-1, герниопластика грыжи белой линии живота-1). Результаты исследования. В процессе неотложной лапаротомии ЯП диагностированы и устранены у 32 (76,2%) больного. Из них у 15 (46,9%) пациентов установлен разрыв селезёнки, у 6 (18,8%) – червеобразного отростка, у 4 (12,5%) – тонкого кишечника (восходящая ободочная кишка-1), у 2 (6,3%) – печени, у 2 (6,3%) – мочевого пузыря, у 1 (3,1%) - желудка, у 1 (3,1%) – сигмы, у 1 (3,1%) - полное пересечение общего печёночного протока. Выполнена спленэктомия у 14 (43,8%) больных и аппликация гемостатической губкой разрыва селезёнки – у 1 (3,1%), аппендэктомия – у 6 (18,8%), ушит разрыв тонкого кишечника – у 3 (9,4%) и выполнена резекция тонкого кишечника с энтеро-энтероанастомозом бок-в-бок – у 1 (3,1%), ушит разрыв мочевого пузыря (трансуретральный катетер-1, эпицистостома-1) – у 2 (6,3%), печени (холецистостома-1, тугая тампонада марлевой салфеткой-1) – у 2 (6,3%), желудка – у 1 (3,1%), общего печёночного протока с дренированием гепатико-холедоха по Керу – у 1 (3,1%) и операция типа Гартмана – у 1 (3,1%). У остальных 10 (23,8%) пациентов ЯП диагностированы при выполнении релапаротомии (РП). В процессе РП разрыв печени определён у 3 (30%) больных, желчного пузыря – у 2 (20%), ДПК – у 1 (10%), тонкой кишки – у 1 (10%), сигмовидной ободочной кишки – у 1 (10%) и сосудов передней брюшной стенки в зоне контраппертуры для дренирования брюшной полости – у 2 (20%). В последующем проведены разнообразные операции по коррекции выявленных ЯП. Холецистэктомия выполнена у 2 (20%) пациентов, электрокоагуляция разрывов печени с тугой марлевой тампонадой - у 2 (20%), ушит разрыв печени – у 1 (10%), ДПК – у 1 (10%), сигмовидной ободочной кишки с сигмопексией – у 1 (10%), резекция тонкой кишки и илео-трансверзоанастомоз осуществлена - у 1 (10%), прошиты и лигированы кровоточащие сосуды передней брюшной стенки – у 2 (20%). После изучения и анализа причин ЯП их разделили на две группы. I группа ЯП (n=26, 61,9%) выявилась наиболее значительной и разнообразной. У этих больных в брюшной полости имел место выраженный грубый рубцово-спаечный висцеро-висцеральный и висцеро-париетальный процесс и даже

незначительная тракция крючками в процессе операции, приводила к ЯП. II группа (n=16, 38,1%). К ней отнесены пациенты, у которых имела место грубая тракция крючками при проведении продолжительных операций, больших или расширенных, атипичной локализации патологического процесса. Умерли 3 (7,1%) больных (полиорганная недостаточность-2, анаэробный сепсис-1). Выводы: 1. Установлены причины и структура ятрогенных повреждений органов брюшной полости при выполнении лечебной лапаротомии в абдоминальной хирургии. 2. Их диагностика не всегда простая. В процессе лапаротомии ятрогенные повреждения диагностированы у 76,2% пациентов, релапаротомии – у 23,8%. 3. Щадящая оперативная техника, соразмеримая с тяжестью рубцово-спаечного процесса в брюшной полости тракция крючками, позволят уменьшить количество ятрогенных повреждений.

76. СПОНТАННАЯ ПЕРФОРАЦИЯ АБСЦЕССА В СВОБОДНУЮ БРЮШНУЮ ПОЛОСТЬ

Капшитарь А.В.

Запорожье

Запорожский государственный медицинский университет

Цель исследования: анализ технических особенностей операций при спонтанных перфорациях абсцесса в свободную брюшную полость. Материал и методы. За период 2000 - 2013 годы в хирургическом отделении КП „Городской клинической больницы № 2”, являющейся базой кафедры хирургии и анестезиологии ФПО, оперировали 119 больных с абсцессами брюшной полости различной этиологии и локализации. Из всех пациентов у 30 (25,2%) больных наступила спонтанная перфорация абсцессов в свободную брюшную полость. Мужчин было 8 (26,7%), женщин – 22 (73,3%). Возраст 18–88 лет. Догоспитальный период варьировал от 3 суток до 1,5 месяцев. Бактериальный шок констатирован у 9 (30%) пациентов. Интеркуррентная патология имела место у 24 (80%) больных. После клинического обследования оценки лабораторно-биохимических исследований, рентгенографии грудной и брюшной полостей, УЗИ, ФЭГДС, лапароскопии пациенты оперированы в неотложном порядке. Абсцесс брюшной полости диагностирован у 2 (6,7%) и инфильтрат – у 1 (3,3%). Результаты исследования. На операции установлено, что наиболее частыми причинами абсцессов брюшной полости были острые гинекологические заболевания – 14 (46,7%) пациенток (пиосальпинкс-5, аднексит-4, метроэндометрит-2, киста яичника-1, перфорация рака тела матки-1, гнойный сальпингит-1), реже – перфоративный аппендицит (флегмонозный холецистит-1) – 4 (13,3%), перфоративный рак ободочной кишки (сигма-2, селезеночный угол-1) – 3 (10%), перфорация куриной костью (тонкая кишка-1, сигма-1) – 2 (6,7%), перфорация язвы сигмовидной ободочной кишки – 1 (3,3%), инфицированный панкреонекроз – 1 (3,3%), закрытая травма живота, повреждение органов (селезенка-1, брыжейка кишечника-1, большой сальник-1) – 3 (10%) и идиопатический абсцесс брюшной полости

(поддиафрагмальный-1, межпетельный-1) – 2 (6,7%). Абсцесс локализовался в полости малого таза у 17 (56,7%) пациенток, между петлями кишечника – у 9 (30%) и редко под диафрагмой – у 2 (6,7%), в поджелудочной железе – у 1 (3,3%) и большом сальнике - у 1 (3,3%). Резко преобладали солитарные абсцессы брюшной полости – 23 (76,7%) больных над множественными – 7 (23,3%). Спонтанно перфорировавшие абсцессы привели к развитию распространённого перитонита у всех пациентов, где доминировал разлитой гнойно-фибринозный перитонит у 21 (70%) пациента против диффузного перитонита – у 9 (30%). Сочетание патологии было у 6 (20%) больных (вторичный флегмонозный аппендицит-5, холецистит-1). Учитывая возраст, сопутствующие заболевания, тяжесть состояния, сроки страдания, осложнения абсцессов, сочетание абдоминальной патологии избирали индивидуальный подход к объёму операции. После лапаротомии широкого вскрывали абсцессы брюшной полости и малого таза у 7 (23,3%) пациентов выполнена аппендэктомия (сальпингэктомия-2, аднексэктомия-1, клиновидная резекция яичника с кистой-1), у 2 (6,7%) – операция Майдля (аппендэктомия-1), у 2 (6,7%) – операция Гартмана, 1 (3,3%) – двустольная трансверзостома, у 1 (3,3%) – холецистэктомия+аппендэктомия, у 1 (3,3%) – марсупиализация сальниковой сумки, у 1 (3,3%) – резекция большого сальника с абсцессом, у 1 (3,3%) – резекция тонкого кишечника с энтеро-энтероанастомозом бок-в-бок+герниопластика по Сапежко, у 7 (23,3%) – ограничились вскрытием лишь абсцесса, у 6 (20%) – гинекологические операции (сальпингэктомия-4, аднексэктомия-1, ушивание перфоративного рака тела матки-1) и у 1 (3,3%) – во время операции наступила смерть. Брюшная полость санирована и широко дренирована. Назо-интестинальная интубация тонкого кишечника выполнена у 21 (70%) больных. Умерли 3 (10%) пациентов _инфицированный панкреонекроз-1, гнойный сальпингит-1, травматический разрыв печени-1). Причиной смерти у 2 (66,7%) пациентов стал абдоминальный сепсис, у 1 (33,3%) – бактериальный шок. Выводы: 1. Спонтанная перфорация абсцесса в свободную брюшную полость - позднее осложнение длительного догоспитального периода. 2. Объём операции зависит от многих факторов. 3. Минимизация объёма операции будет способствовать улучшению результатов лечения.

77.ОПТИМИЗАЦИЯ ПРОЦЕССА ЗАЖИВЛЕНИЯ ТКАНЕЙ ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ

*Власов А.П., Зайцев П.П., Григорьев Г.А., Кононенко С.В.,
Карпунькин О.А., Кренделев И.В.*

Саранск

МГУ им. Н.П. Огарёва

Актуальность. Известно, что при сахарном диабете риск развития инфекционных осложнений со стороны раны даже после «чистых» операций в разы выше, чем у пациентов без диабета. Одними из значимых факторов, снижающих темп репаративного процесса, а с ним и вероятность развития тяжелых раневых осложнений, являются существенные

метаболические нарушения, в том числе оксидативный стресс и гипоксия вследствие частого спутника заболевания – нарушений микроциркуляции. Цель. Установить эффективность Ремаксолола и лазерной терапии на течение репаративного процесса тканей лапаротомной раны у больных острой хирургической патологией брюшной полости и сахарным диабетом. Материал и методы. Исследования проведены у 56 больных острой хирургической патологией органов брюшной полости (острый аппендицит, острый холецистит, прободная язва двенадцатиперстной кишки или желудка), из них 42 пациента сахарным диабетом, из которых 18 больным проводилась лазеро- и ремаксолотерапия. Процесс заживления тканей лапаротомной раны оценивали по ранотензиометрии и цитологическому исследованию раневого экссудата; биоэнергетические процессы – по редокс-потенциалу (окислительно-восстановительному потенциалу) и коэффициенту диффузии кислорода; состояние процессов перекисного окисления липидов – по уровню малонового диальдегида, диеновых конъюгатов, активности супероксиддисмутазы; гипоксии – по уровню молочной и пировиноградной кислот, а также индексу гипоксии. Полученные результаты. Изучение процесса заживления тканей лапаротомной раны у больных сахарным диабетом на фоне комбинированной терапии показал, что при включении лазеро- и ремаксолотерапии в лечение больных сахарным диабетом в раннем послеоперационном периоде процесс заживления протекает по классическому пути, включая все стадии патогенеза, однако регистрируется ускоренная смена альтеративно-экссудативных явлений на пролиферативные, проявлением чего явилась ранняя яркая реакция соединительнотканых клеточных элементов. При ранотензиометрии также зарегистрировали положительную динамику процесса репарации на фоне комбинированной терапии. Включение в терапию больных лазеротерапии и ремаксолола в раннем послеоперационном периоде приводило к положительным изменениям агрегатного состояния тканей лапаротомной раны. Зарегистрировано уменьшение (на 57,3-88,5 %) коэффициента диффузии кислорода, рост (на 12,8-17,3 %) редокс-потенциала. Комбинированная терапия способствовала эффективной коррекции выявленных нарушений гомеостаза у больных сахарным диабетом. Установлено значительное уменьшение, по сравнению с контролем, содержания продуктов ПОЛ в плазме крови (диеновых конъюгатов на 13,3-28,3 %, МДА – на 12,5 – 31,9 %), повышение антиоксидантного энзимного потенциала, что выражалось в повышении активности СОД на 12,9-23,5 % ($p < 0,05$). На фоне применения комбинированной терапии у больных сахарным диабетом существенно снижалась (на 11,2-19,9 %) выраженность тканевой гипоксии. Применение комбинированной терапии у больных сахарным диабетом позволило не только улучшить метаболические процессы в тканевых структурах лапаротомной раны, но и оптимизировать процесс заживления. Клиническим подтверждением указанного является уменьшение количества ранних послеоперационных осложнений со стороны лапаротомной раны с 30,0 до 8,6 % ($p < 0,05$). Обсуждение. Применение лазеротерапии и Ремаксолола в раннем послеоперационном периоде у больных сахарным диабетом позволяет улучшить течение репаративной регенерации тканей лапаротомной раны. В основе индукторного эффекта комбинированной терапии лежит ее способность улучшать метаболические процессы регенерирующих структур и нарушения гомеостаза на организменном уровне.

78. СРАВНИТЕЛЬНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ НАРУЖНОГО ТРАНСАНАСТОМОЗНОГО ДРЕНИРОВАНИЯ ОБЩЕГО ЖЕЛЧНОГО ПРОТОКА ПРИ ФОРМИРОВАНИИ БИЛИОДИГЕСТИВНЫХ АНАСТОМОЗОВ

Атавов Р.С., Ионин В.П.

Ханты - Мансийск

БУ ВО ХМАО - Югры Ханты - Мансийская государственная медицинская академия

Актуальность: Хирургическое лечение пациентов с заболеваниями гепатопанкреатобилиарной зоны, продолжает оставаться актуальной и нерешенной проблемой. Нарушение пассажа желчи по терминальному отделу общего желчного протока, опухоли периампулярной зоны часто требуют формирования билиодигестивных анастомозов, для адекватного оттока желчи и купирования механической желтухи (Гальперин Э.И., Ветшев П.С. 2009). Одним из тяжелых осложнений раннего послеоперационного периода после наложения билиодигестивного анастомоза является несостоятельность его швов, с развитием желчного перитонита, что резко ухудшает прогноз основного заболевания (Кондратенко П.Г., Васильев А.А. 2005). Несостоятельность билиодигестивных анастомозов, по данным некоторых авторов может достигать 60-65% (холедохоеюноанастомозов – до 55%, гепатикоеюноанастомозов – до 93%), что указывает на потребность поиска путей оптимизации данной проблемы (Курбонов К.М., Даминова Н.М., Абдуллоев Д.А. 2009). В частности, для профилактики несостоятельности гепатико - и холедохоеюноанастомозов, хирурги используют различные виды дренирования холедоха (гепатикохоледоха), но зависимость несостоятельности в результате применения того или иного дренажа изучено недостаточно. Цель. Проанализировать непосредственные результаты применения наружного трансанастомозного дренирования внепеченочных желчных протоков при формировании гепатико – и холедохоеюноанастомозов. Материалы и методы. Проанализированы результаты лечения больных, при котором использовался способ наружного трансанастомозного дренирования внепеченочных желчных протоков, при формировании гепатико - и холедохоеюноанастомозов. Данный способ характеризуется установкой трубчатого дренажа в гепатикус или один из долевого протоков печени, после создания задней губы билиодигестивного анастомоза, с последующим погружением дренажа через будущий анастомоз в просвет петли тощей кишки, и выведением из просвета кишки на ее противобрыжеечную стенку, через перфорацию указанной стенки и перитонизацией дренажной трубки, путем наложения серо-серозных швов, до места выведения дренажа через брюшную стенку. Результаты и выводы. Нами было сформировано 72 холедохо - и гепатикоеюноанастомоза с дренированием билиарной системы по предложенному способу при хирургическом лечении холедохолитиаза, стриктур желчных протоков, опухолей билиопанкреатодуоденальной зоны. В 3 случаях (4,2%) была несостоятельность билиодигестивного анастомоза, которая излечена консервативно. Подтекание желчи по дренажам из подпеченочного пространства прекратилось самостоятельно. Летальных исходов не было.

79.ЭНДОСКОПИЧЕСКИЕ И ЭНДОВАСКУЛЯРНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА В ЛЕЧЕНИИ КРОВОТОЧАЩЕЙ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЙ ЯЗВЫ

Кубачев К.Г., Акимов В.П., Качесов Э.Ю., Петропавловская О.А., Творогов Д.А.

Санкт-Петербург

ФГБОУ ВО «СЗГМУ им. И.И. Мечникова».

Анализируются результаты лечения 1205 пациентов с кровотечением из гастродуоденальных язв (у 61% больных была язва двенадцатиперстной кишки и 39% – язва желудка), поступивших в клинику в экстренном порядке в период за 2010 – 2015 г.г. Пациенты в возрасте от 21 до 60 лет составили 79%; 68,3% больных были мужчины, 31,7% – женщины. 57,9% больных поступили в стационар после 24 часов от начала кровотечения, каждый третий – после 48 часов. В большинстве случаев у пациентов наблюдалась кровопотеря средней и тяжелой степени. Средняя и тяжелая степени кровопотери преобладали у мужчин, легкая степень кровопотери была выявлена только у 20,5% больных. Количество мужчин, поступивших в стационар в состоянии геморрагического шока (вследствие аррозии крупного артериального ствола и массивной кровопотери за короткий промежуток времени), была в 3,5 раза больше, чем женщин. В целом источник кровотечения при эндоскопии был визуализирован у 1178 (97,8%) пациентов. У 28 пациентов из-за выраженного пилородуоденального стеноза (11) и особенностей локализации язвы, обнаружить источник кровотечения при эндоскопическом исследовании не удалось. Алгоритм действий при невозможности установления источника кровотечения следующий: 1) если эндоскопических признаков продолжающегося кровотечения нет, то больной переводится в реанимационное отделение и исследование повторяется через 6 – 12 часов (при отсутствии рецидива кровотечения в течение этого времени); 2) при признаках продолжающегося кровотечения (Форрест Ib) повторное исследование производится после фрагментации сгустка и отмывания содержимого желудка толстым зондом до «чистой» воды либо после введения эритромицина в качестве прокинетика (3 мг/кг веса тела; 3) при профузном артериальном кровотечении (аррозия крупных артериальных стволов), на фоне проводимых противошоковых мероприятий, выполняется рентгенэндоваскулярное или оперативное вмешательство. У 34,8% язва была диаметром менее 1 см. Гигантские язвы двенадцатиперстной кишки (более 2 см) и желудка (более 3 см) выявлены у 7,1% и 13,3% соответственно. Множественные язвы (2 и более) желудка наблюдались в 3,2% случаев. Сочетание язвы желудка и двенадцатиперстной кишки наблюдали (второй тип язвы по Джонсону) у 2,3% больных. Зеркальные язвы луковицы выявлены у 6,5% больных. 97,8% больным выполнен комбинированный эндоскопический гемостаз вне зависимости от темпа кровотечения по Форресту. Инъекционная терапия (ИТ) и монополярная коагуляция выполнена 21,4% больных, ИТ и аргоноплазменная коагуляция – 30,7%, ИТ и клипирование сосуда 21,3%, лигирование язв – 8,8%, только консервативное лечение – 13,6%. Рецидивы кровотечения после ИТ и МК наблюдались у 8,8%, ИТ и АПК – 5,6%, ИТ и КС – 4,7% больных и после консервативного лечения – 32,5% больных. Рецидива кровотечения после лигирования язвы не было. Всего рецидивы кровотечения выявлены у 100 пациентов. Из них успешный эндоваскулярный гемостаз выполнен 76 больным, 24 (2%) пациента были оперированы. Общая летальность составила 3,1%, послеоперационная – 12,5% (3 больных) Таким образом, использование эндоскопических и эндоваскулярных способов

гемостаза, рассматриваемых нами как альтернативу традиционному оперативному лечению, способствовало снижению летальности и улучшению результатов лечения данной категории больных.

80. СПОСОБ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ ЭНДОГЕННОЙ ИНТОКСИКАЦИИ

Власов А.П., Зайцев П.П., Болотских В.А., Малахова О.В., Романов А.С., Болушев П.О.

Саранск

МГУ им. Н.П. Огарева

Актуальность. Острый перитонит и острый панкреатит остаются значительной хирургической и общеклинической проблемой, актуальность которой в последние годы не снижается. На серьезность проблемы указывает то, что эндогенная интоксикация – важнейшее проявление этих болезней – может приводить к органной недостаточности различных систем и гибели больных. Летальность до сих пор сохраняется на значительном уровне, достигая 6-18 %. В развитии эндогенной интоксикации важную роль играет не только сам очаг поражения, но и системные дизрегуляторные проявления, в частности обусловленные мембранодестабилизирующими явлениями, приводящими, в том числе, и к нарушению функционального состояния органов детоксикационной системы. Отметим, что выраженность мембранодеструктивных процессов при остром перитоните и панкреатите сопряжена со стадией воспалительного процесса и отличается высокой реактивностью. В деятельности хирурга важна не только оценка степени выраженности эндотоксикоза, но и прогностические данные по динамике этого состояния, особенно в послеоперационном периоде, что является основанием для своевременной коррекции терапии. Цель. Разработать интегральный критерий прогнозирования эндогенной интоксикации при остром перитоните и остром панкреатите. Материал и методы. Проведены клиничко-лабораторные исследования 18 больных острым вторичным (острый аппендицит, острая кишечная непроходимость, прободная язва желудка) и 16 больных острым тяжелым панкреатитом. Критериями включения в исследование явились: возраст пациента от 20 до 60 лет, давность заболевания не более 48 часов. Одним из критерием исключения являлась тяжелая сопутствующая патология, наличие которой могло влиять на результаты исследования. У больных обеих групп изучены показатели, определяющие выраженность воспалительных изменений в брюшной полости, показатели эндогенной интоксикации и перекисного окисления липидов плазмы крови. Статистический анализ полученных данных осуществляли с помощью программы Microsoft Excel методом вариационной статистики с использованием критерия t Стьюдента и χ^2 . Проводили расчет средних величин (M), стандартной ошибки (m). Результаты. Производили расчет индекса прогнозирования эндогенной интоксикации по формуле (патент № 2581024): $MCM2 \text{ МДА}2 \text{ ИПЭИ} = \frac{MCM2}{MCM1} \times \frac{MDA2}{MDA1}$; $MCM2$ – уровень молекул средней массы в текущий момент, $MCM1$ – уровень молекул средней массы в предыдущий

момент, МДА2 – содержание малонового диальдегида в текущий момент, МДА1– содержание малонового диальдегида в предыдущий момент. Интервал оценки указанных показателей – 1 сутки. Как показали результаты, значение индекса прогнозирования эндогенной интоксикации до 0,95 свидетельствует о регрессе эндогенной интоксикации и констатирует адекватность проводимой терапии; от 0,95 до 1,34 предполагает низкую степень вероятности прогрессирования эндогенной интоксикации и обуславливает назначение традиционной инфузионно-трансфузионной дезинтоксикационной терапии; 1,35 и выше предполагает высокую степень вероятности прогрессирования эндогенной интоксикации и обуславливает назначение эфферентных методов детоксикации или повторных хирургических вмешательств. Обсуждение. Определение индекса прогнозирования эндогенной интоксикации больных острым перитонитом и острым панкреатитом позволяет судить о направленности (прогрессирование или купирование) течения синдрома эндогенной интоксикации и оценивать в динамике эффективность оперативного или консервативного лечения, а также действия дезинтоксикационной и эфферентной терапии.

81. ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ГЕЛИЙ-НЕОНОВОГО ЛАЗЕРА У ПАЦИЕНТОВ, ОСЛОЖНЁННОЙ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЖЕЛУДКА И 12 ПЕРСТНОЙ КИШКИ, ПЕРЕНЕСШИХ РЕЗЕКЦИЮ ЖЕЛУДКА

Исаев Д.Н.

Ульяновск

Ульяновский государственный университет

Актуальность: Язвенная болезнь желудка и 12 перстной кишки широко распространена. Большая частота развития осложнений и смертности делают проблему лечения этой патологии общемировой проблемой. Основным методом лечения неосложненных гастродуоденальных язв, безусловно, является консервативный. При правильно построенной программе медикаментозного лечения с включением H2-блокаторов третьего поколения можно добиться относительно стойкой ремиссии у 35-40% больных. В то же время почти у половины остальных с течением времени развиваются опасные для жизни осложнения, требующие хирургических методов лечения. В ведении больных, перенесших тяжелую и травматическую операцию–резекцию желудка, всегда возникают вопросы ускорения сроков реабилитации таких пациентов, восстановления клинико-лабораторных показателей. Установлено, что под воздействием лазерного излучения изменяются вязкость крови, агрегационная активность клеток, происходит коррекция сосудистого звена микроциркуляции, улучшаются показатели активности окислительно-восстановительных процессов, нормализуются процессы перекисного окисления липидов, ультраструктура мембранных образований, процессы синтеза белка, снижается агрессивность желудочного сока. Цель исследования: оценить течение послеоперационного периода у больных,

перенесших резекцию желудка на фоне применения внутрисосудистого лазерного облучения крови. Материал и методы: под наблюдением находилось 53 больных, мужчин в возрасте от 23 до 70 лет с язвенной болезнью желудка и 12 перстной кишки. Всем больным была выполнена резекция желудка по Бильрот I с наложением термино-латерального анастомоза (ТЛА). Пациенты, начиная с 3 дня после операции, на фоне стандартного послеоперационного ведения получали внутрисосудистое лазерное облучение крови источником непрерывного когерентного 100% поляризованного излучения с помощью портативного гелий-неонового лазера, мощность излучения на выходе из наконечника световодного кабеля не менее 0,5 мВт. Курс лечения состоял из 7-10 процедур продолжительностью 30-40 минут. Группу сравнения составили 25 пациентов, перенесших резекцию желудка по поводу язвенной болезни, прошедшие послеоперационный период без применения внутрисосудистого лазерного облучения крови. Диагноз устанавливался на основании общепринятых клинических, лабораторных, биохимических и инструментальных критериев по единой схеме обследования. Верификация диагноза осуществлялась эндоскопически при помощи фиброэндоскопа «CIF-30» японской фирмы «Olympus». Результаты: резекции, выполненные при язве желудка, составили 18 операций (34%), при язвенной болезни 12 перстной кишки выполнено 29 операций (54,7%), при сочетанной патологии 6 (11,3%). В плановом порядке произведено 34 оперативных вмешательства (64,1%), в экстренном 3 (5,7%), отсроченные операции составили 16 случаев (30,2%). Сроки прекращения жалоб пациентов на боли в области послеоперационной раны составили $18,2 \pm 2,2$ дней в группе исследования и $22,5 \pm 2,3$ дней у пациентов, которым не проводилась лазерная терапия. Сроки купирования локальной болезненности составили $19,2 \pm 2,8$ дней в исследуемой группе, явлений гастродуоденита до $14,2 \pm 1,5$ дней. В группе сравнения эти показатели соответственно выглядели как $24,2 \pm 3,1$ дней и $16,3 \pm 2,4$ дней. Осложнения в виде развития катаральных анастомозитов отмечены в 13,2% (7 пациентов), причем сроки купирования составили $10,9 \pm 2,3$ дня и $15,2 \pm 0,8$ дней в группе сравнения. В двух случаях зарегистрирована смерть пациентов, послеоперационная летальность составила 3,8%. (операции выполнялись в экстренном порядке на фоне продолжающегося кровотечения). Выводы: Реабилитационный период после резекции желудка на фоне применения внутрисосудистого лазерного облучения крови в комплексной послеоперационной терапии проходит в более короткие сроки. Уменьшается его длительность, снижается продолжительность болевого синдрома, сокращается длительность купирования явлений гастродуоденитов и анастомозитов. Методика внутрисосудистого лазерного облучения крови экономически не затратная, что позволяет широко её использовать в лечебных учреждениях.

82.ОПТИМИЗАЦИЯ РЕГИОНАЛЬНОЙ МАРШРУТИЗАЦИИ БОЛЬНЫХ РАСПРОСТРАНЕННЫМ ГНОЙНЫМ ПЕРИТОНИТОМ, ОСЛОЖНЕННЫХ СЕПСИСОМ И РАНЕВОЙ ИНФЕКЦИЕЙ В СВЕРДЛОВСКОЙ ОБЛАСТИ

Галимзянов Ф. В., Прудков М. И.

Екатеринбург

Кафедра хирургических болезней ФПК и ПП ГБОУ ВПО «Уральский государственный медицинский университет», Государственное учреждение здравоохранения СО «Свердловская областная клиническая больница №1»

Цель исследования. Показать организацию этапного лечения больных распространенным перитонитом, осложненных сепсисом и раневой инфекцией в многопрофильной областной клинической больнице. Материал и методы. В соответствии с маршрутизацией больных хирургической инфекцией установлен регламент оказания медицинской помощи (приказ Минздрава Свердловской области от 29.1.2 2012 № 1566-п). Пациенты с тяжелым хирургическим сепсисом по согласованию со специалистами ГБУЗ СО ТЦМК переводятся в ГБУЗ СО "СОКБ N 1". О всех больных, нуждающихся в релапаротомии подаются сведения диспетчеру ГБУЗ СО ТЦМК, дальнейшая тактика лечения этих пациентов согласовывается со специалистами ГБУЗ СО ТЦМК. Проанализированы две группы больных распространенным гнойным перитонитом, осложненных сепсисом и раневой инфекцией. В день поступления по данным различных шкал («Екатеринбург-2000», SOFA, APACHE II) больные находились в тяжелом состоянии с выраженной полиорганной недостаточностью, риск летального исхода в обеих группах был одинаков. В обеих группах по критериям МИП степень тяжести состояния и вероятность летального исхода была высокой. 1 группа 155 человек - это пациенты с распространенным гнойным перитонитом пролеченные в отделении гнойной хирургии ГБУЗ СО «СОКБ №1» города Екатеринбурга за 5 лет до внедрения приказа Минздрава. Методика лечения включала: срединную лапаротомию, санацию брюшной полости, её дренирование (через переднюю брюшную стенку устанавливались дренажные трубки в правом и левом подреберьях, малом тазу) и ушивание. Последующие санации брюшной полости через срединную лапаротомную рану производились «по требованию» при нарастании ПОН, ухудшении состояния пациентов, связанных с абдоминальной катастрофой (наличие жидкости или гематом в брюшной полости, признаки поражения забрюшинной клетчатки по данным УЗИ, КТ; нарастании пареза кишечника, лейкоцитоза, палочко-ядерного сдвига лейкоцитарной формулы); увеличении серозно-гнойного отделяемого из брюшной полости по дренажам; поступлении по дренажам желчи, кишечного, желудочного содержимого; прогрессировании разлитого перитонита по данным лапароскопии. 2 группа 219 человек - это пациенты с распространенным гнойным перитонитом пролеченные в отделении гнойной хирургии за 5 лет после внедрения приказа Минздрава. Производилась этапная смена технологий в процессе лечения больных распространенным гнойным перитонитом в соответствии с местными изменениями, ПОН, наличием или отсутствием септического шока и включала открытое дренирование брюшной полости через срединный доступ передней брюшной стенки в течение 3 ? 4 дней, санацию брюшной полости раствором антисептика и физиологическим раствором. При очищении послеоперационной раны, наличии стимулированной или спонтанной перистальтики кишечника и отсутствии шока срединная

рана ушивалась и санации брюшной полости производились по областям брюшной полости из мини-разрезов. Результаты и обсуждение. Показаниями для санации по программе были фибринозно-гнойный или гнойный характер экссудата; наличие в экссудате примесей желчи, содержимого тонкой, толстой кишки; анаэробный перитонит; высокий риск несостоятельности швов полых органов на фоне разлитого перитонита; невозможность одномоментной ликвидации гнойного воспаления; состояние лапаротомной раны, не позволяющее закрыть дефект передней брюшной стенки (флегмона, инфильтрат); синдром интраабдоминальной гипертензии. В 1 группе количество релапаротомий было в среднем 3.3 ± 2.8 раз. Средняя продолжительность периода между релапаротомиями – 4.2 ± 5.4 дня. Во 2 группе среднее количество релапаротомий – 6.4 ± 3.6 раз. Средняя продолжительность периода между релапаротомиями 12...36 часов; Высокая летальность хирургического лечения больных распространенным гнойным перитонитом и абдоминальным сепсисом с использованием традиционного дренирования брюшной полости и релапаротомий «по требованию» было обусловлено не только исходной тяжестью состояния больных, но и запаздыванием релапаротомий, недостаточной эффективностью дренирования брюшной полости. За 5 лет до внедрения приказа Минздрава с распространенным гнойным перитонитом в отделении гнойной хирургии ГБУЗ СО «СОКБ №1» города Екатеринбурга пролечено 155 человек. Летальность составила - 36,8% (из 155 умерли 57 человек). За 5 лет после внедрения приказа — 219 человек, летальность составила — 29,5% (из 219 умерли 67 человек). Заключение. Региональная маршрутизация больных распространенным гнойным перитонитом, осложненным сепсисом и раневой инфекцией позволила эффективно использовать возможности хирургических стационаров разного уровня при оказании помощи больным. Изменились показания к релапаротомиям, увеличился удельный вес программируемых вмешательств, меньше стали запаздывать с санациями брюшной полости. Были конкретизированы показания и противопоказания к релапаротомиям «по требованию» и «по программе». Разработаны режимы программируемых релапаротомий. Определены сроки и способы ликвидации «открытого живота».

83.СОВРЕМЕННЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ ГНОЙНО-НЕКРОТИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ СИНДРОМА "ДИАБЕТИЧЕСКАЯ СТОПА"

*Дибиров М.Д.(1), Гаджимурадов Р.У.(1,2), Халидов О.Х.(1,2),
Прошин А.В.(2), Какубава М.Р.(1,2).*

Москва

1) МГМСУ им. А.И. Евдокимова, 2) ГКБ им. В.В.Вересаева

Актуальность проведенного исследования определили высокие показатели летальности у больных с гнойно-некротическими осложнениями синдрома «диабетическая стопа» (СДС), составляющие 39% в раннем послеоперационном периоде, а в течение последних 5 лет

достигающие 68%. Материал и методы: Нами проанализированы результаты лечения 1622 больных с СДС за последние 5 лет. По характеру гнойно-некротических осложнений СДС больные подразделялись на следующие группы: 1) поражение собственно кожи – 5,7%; 2) поражения подкожной клетчатки - 10,1%; 3) поражение поверхностной фасции – 18,1%; 4) поражение мышц и глубоких фасциальных структур с поражением костей и суставов – 25,9%; 5) локальная гангрена – 21,4%; 6) гангрена всей стопы – 18,8%. О поздней госпитализации больных свидетельствует необходимость ампутаций в ранние сроки на уровне бедра у 5,9%, на уровне голени 0,4% от общего числа ампутаций. Элементы формирования комплексной лечебной программы включали в себя диагностический алгоритм обследования больных, консервативную терапию и хирургическую коррекцию. Адекватность выбора метода лечения и решение вопросов хирургической тактики у больных с синдромом «диабетическая стопа» нижних конечностей во многом зависят от наличия информации о состоянии тканевого кровотока. К тяжелой ишемии нижних конечностей у этой категории больных приводит, как правило, комбинация нарушений гемодинамики в крупных магистральных артериях и в системе микроциркуляции в сочетании с угнетением тканевого метаболизма. В связи с разнонаправленностью патогенеза гнойно-некротических форм СДС применение консервативных методов лечения является составной частью комплексного подхода. Консервативное лечение включало в себя компенсацию сахарного диабета, антибактериальную терапию с учетом чувствительности микрофлоры, купирование явлений критической ишемии (по показаниям), симптоматическую терапию с учетом имеющейся сопутствующей патологии и осложнений сахарного диабета (полинейропатия, ретинопатия, нефропатия, энцефалопатия). Хирургическое лечение включало хирургическую обработку гнойных очагов и ранние восстановительные операции, местное лечение гнойно-некротических очагов с применением современных перевязочных материалов, ультразвуковую кавитацию, вакуумную аспирацию ран аппаратом "Vivano", малые и большие ампутации, рентгенхирургические вмешательства- стентирование, балонную ангиопластику, реконструктивные операции на артериях нижних конечностей. Следует отметить, что на долю высоких ампутаций (бедро и голень) приходится до 19% от числа ампутированных. Первым этапом, при наличии обширных гнойно-некротических поражений на стопе выполняли широкое вскрытие и дренирование гнойников, некрэктомия в пределах видимо-здоровых тканей с последующим проведением комплекса консервативной терапии, направленного на отграничение некрозов. Результаты и обсуждение: По нашим данным при исследовании посевов из гнойных очагов у 246 больных микробные ассоциации включали от 2 до 10 видов микроорганизмов, причем смешанная (анаэробно-аэробная) инфекция диагностирована у 224 больных (91,1%), только аэробная у 22 (8,9%). Наиболее часто из факультативно-анаэробных микроорганизмов в ассоциациях встречались *Staphylococcus aureus* – у 59% больных, *Staphylococcus epidermidis* – у 19%; из неспорогенных анаэробов *Bacteroides fragilis* у 21%, *Peptococcus spp.* – у 19% и *Fusobacterium spp.* – у 12%. Наличие множественных ассоциаций в гнойно-некротическом очаге сочеталось с высокой микробной обсемененностью тканей раны – 107 – 1012 микроорганизмов в 1 г ткани, что коррелировало с общей реакцией организма на источник интоксикации, а также выраженной воспалительной реакцией окружающих мягких тканей. По нашим данным из 246 больных, которым назначалась эмпирическая терапия, чувствительность к назначенным антибиотикам после получения анализов бактериологического исследования отмечена у 228 пациентов (92,7%), у 18 (7,3%) понадобилась смена антибактериальных препаратов с учетом чувствительности

антибиотика к высеянной микрофлоре. В том случае, когда некрозы имеют отграниченный характер без тенденции к распространению раннее хирургическое вмешательство на стопе считаем неоправданным, что в условиях ишемии ведет к распространению последних с переходом в гангрену. Радикальные хирургические вмешательства на стопе или определение уровня ампутации считали целесообразным выполнять только после улучшения кровоснабжения в стопе. В данном случае проводим медикаментозную терапию и хирургическую коррекцию, направленные на купирование явлений ишемии пораженной конечности. Дальнейшая тактика закрытия раны зависит от течения раневого процесса (сближение краев раны вторичными швами, аутодермопластика, пластика биоматериалом «Коллост»). Показаниями к реконструктивной операции считаем сохраненное дистальное артериальное русло, при отсутствии тяжелой сопутствующей патологии, которая превышает риск оперативного вмешательства. Бедренно-проксимально-подколенное шунтирование выполнено у 69 пациентов, бедренно-дистально-подколенное шунтирование у 71, бедренно-берцовое шунтирование у 38. Для шунтирования у 110 (62%) использовали аутовену. При неадекватности аутоvenes у 68 (38%) больных для шунтирования использован комбинированный протез + аутовена. В раннем послеоперационном периоде тромбоз отмечен у 20 (11%) больных после шунтирования. Ампутация на уровне бедра выполнена у 14 (7%) из этой группы пациентов. При дистальной форме поражения сосудистого русла и положительных результатах медикаментозного лечения, указывающего на сохраненные возможности сосудов нижней конечности, считаем оправданным выполнение баллонной ангиопластики артерий голени, что было выполнено у 57 больных). Оценка эффективности проведенного комплексного лечения осуществляли по разработанной в клинике схеме: 1. Хорошие результаты - если удавалось остановить прогрессирование гнойно-некротического процесса на стопе при помощи «малых» операций (вскрытие и дренирование флегмоны, экзартикуляция пальцев, резекция стопы) с сохранением опорной функции нижней конечности, что достигнуто у 57,1% больных. 2. Удовлетворительные - если на фоне проводимого комплексного лечения удавалось снизить предполагаемый высокий уровень ампутации с сохранением коленного сустава – у 27,8%. 3. Неудовлетворительные - если на фоне проводимой комплексной терапии гнойно-некротический процесс прогрессировал, была произведена ампутация нижней конечности на уровне бедра или имел место летальный исход – 10,4%. Выводы: Комплексный подход в лечении больных с осложненными формами синдрома диабетической стопы с применением современных перевязочных средств, выполнением реконструктивных бедренно-дистальных реконструкций и рентген-эндоваскулярных вмешательств позволяет снизить количество высоких ампутаций до 10-11%.

84.АЛГОРИТМ АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ГНОЙНО-НЕКРОТИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЯХ "СИНДРОМА ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ"

Дибиров М.Д.(1), Гаджимурадов Р.У.(1,2), Лебедев В.В.(2), Какубава М.Р.(1,2).

Москва

1) МГМСУ им. А.И. Евдокимова, 2) ГКБ им. В.В.Вересаева

Цель: Выработка алгоритма антибактериальной терапии на основе их эффективности в комплексном лечении больных с гнойными осложнениями при синдроме диабетической стопы (СДС). Материалы и методы: Представлены результаты использования антибиотиков у 256 больных с СДС(нейропатическая форма у 141; нейро-ишемическая- у 115) в возрасте 27-83 лет; мужчин-103, женщин-153. Из них первый эпизод гнойного осложнения был у 180, повторные эпизоды, с ранее проводимой антибактериальной терапией у 76 пациента. Характер гнойных осложнений носил самый разнообразный спектр, включая различные варианты панариция, язв, акральных некрозов, пандактилита, абсцессов, флегмон, панфлегмон, ограниченной и распространенной гангрены. Полученная микробная флора носила поливалентный характер. Из аэробных микроорганизмов чаще встречались *Pseudomonas aeruginosa*, из факультативно анаэробных-*Staphylococcus aureus*, *Staphylococcus epidermidis*, *Enterococcus faecalis*; из облигатных анаэробов-*Bacteroides fragilis*, *Peptococcus* spp., *Bacteroides melaninogenicus*., *Peptostreptococcus* spp.. Смешанная(анаэробно-аэробная) инфекция диагностирована у 229 больных, только аэробная-у 27. Ассоциации микроорганизмов сочетались с высокой обсемененностью тканей раны-106-1011 микробных тел в 1 грамме ткани. Результаты: обследованные пациенты были сопоставлены по возрасту, полу и длительности сахарного диабета. Эмпирическая терапия применялась у 161 больных, с использованием антибиотиков разного спектра действия у одного и того же больного. В связи с достаточно высоким процентом отсутствия чувствительности к эмпирически назначенным антибиотикам(что выражалось как клиническими признаками, так и последующими бактериологическими данными), требовалась замена на новые варианты терапии, а это увеличивало общую продолжительность антибактериальной терапии, частоту побочных и нежелательных явлений и экономические затраты на лечение. В группе больных с направленной терапией, удавалось достичь стойкого клинического эффекта на одном-двух вариантах использования антибиотиков, включая монотерапию. Сокращались сроки лечения и как следствие - стоимость. Говоря отдельно о препаратах, доказана высокая эффективность(65-100%) цiproфлоксацина, офлоксацина, левофлоксацина, оксациллина, рифампицина, ванкомицина при доминировании в очаге *Staphylococcus aureus*; ванкомицина, линезолида-в случае метицилинрезистентного стафилококка. В случае преобладания *Escherichia coli*, высоко эффективны(75-100%)-гентамицин, амикацин, цефотаксим, цефтазидим, цефепим, имипенем, меронем; в случае *Pseudomonas aeruginosa*-амикацин, цефепим(80-100%); в случае *Enterococcus faecalis*-амоксиклав, цiproфлоксацин, левофлоксацин, имипенем(75-100%). У всех больных с целью воздействия на анаэробную флору эффективно применяли метронидазол. Выводы: Таким образом, в качестве препаратов выбора, с целью эффективной борьбы с инфекционными осложнениями при СДС, целесообразно использование фторхинолонов II-IV поколений, цефалоспоринов III-IV поколений, гликопептидов, аминогликозидов. Обязательным условием является применение

метронидазола. При этом для поверхностных инфекционных осложнений характерны представители грамположительной флоры, поэтому наиболее эффективны будут линкозамины, защищенные пенициллины; гликопептиды, оксазолидиноны в случае метициллинрезистентного золотистого стафилококка. Для обширных и глубоких гнойно-некротических процессов, более характерны анаэробно-аэробные ассоциации, по отношению к которым особенно активны фторхинолоны и бета-лактамы в сочетании с линкозаминами и метронидазолом, а так же высокоактивны аминокгликозиды в сочетании с клиндамицином. В качестве препаратов используемых для целенаправленной терапии, чаще показано использование цефалоспоринов III-IV поколений, фторхинолонов III-IV поколений, гликопептидов и оксазолидинонов.

85. КОМПЛЕКСНЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ ГНОЙНО-НЕКРОТИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ "СИНДРОМА ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ"

*Дибиров М.Д. (1), Гаджимурадов Р.У.(1,2), Халидов О.Х.(1,2),
Прошин А.В.(2), Какубава М.Р.(1,2)*

Москва

1) МГМСУ им. А.И. Евдокимова, 2).ГКБ им. В.В.Вересаева

Актуальность проведенного исследования определили высокие показатели летальности у больных с гнойно-некротическими осложнениями синдрома «диабетическая стопа» (СДС), составляющие 39% в раннем послеоперационном периоде, а в течение последних 5 лет достигающие 68%. Материал и методы: Нами проанализированы результаты лечения 1622 больных с СДС за последние 5 лет. По характеру гнойно-некротических осложнений СДС больные подразделялись на следующие группы: 1) поражение собственно кожи – 5,7%; 2) поражения подкожной клетчатки - 10,1%; 3) поражение поверхностной фасции – 18,1%; 4) поражение мышц и глубоких фасциальных структур с поражением костей и суставов – 25,9%; 5) локальная гангрена – 21,4%; 6) гангрена всей стопы – 18,8%. О поздней госпитализации больных свидетельствует необходимость ампутаций в ранние сроки на уровне бедра у 5,9%, на уровне голени 0,4% от общего числа ампутаций. Элементы формирования комплексной лечебной программы включали в себя диагностический алгоритм обследования больных, консервативную терапию и хирургическую коррекцию. Адекватность выбора метода лечения и решение вопросов хирургической тактики у больных с синдромом «диабетическая стопа» нижних конечностей во многом зависят от наличия информации о состоянии тканевого кровотока. К тяжелой ишемии нижних конечностей у этой категории больных приводит, как правило, комбинация нарушений гемодинамики в крупных магистральных артериях и в системе микроциркуляции в сочетании с угнетением тканевого тканевого метаболизма. В связи с разнонаправленностью патогенеза гнойно-некротических форм СДС применение консервативных методов лечения является составной частью комплексного подхода.

Консервативное лечение включало в себя компенсацию сахарного диабета, антибактериальную терапию с учетом чувствительности микрофлоры, купирование явлений критической ишемии (по показаниям), симптоматическую терапию с учетом имеющейся сопутствующей патологии и осложнений сахарного диабета (полинейропатия, ретинопатия, нефропатия, энцефалопатия). Хирургическое лечение включало хирургическую обработку гнойных очагов и ранние восстановительные операции, местное лечение гнойно-некротических очагов с применением современных перевязочных материалов, ультразвуковую кавитацию, вакуумную аспирацию ран аппаратом "Vivano", малые и большие ампутации, рентгенхирургические вмешательства - стентирование и балонную ангиопластику, реконструктивные операции на артериях нижних конечностей. Следует отметить, что на долю высоких ампутаций (бедро и голень) приходится до 19% от числа ампутированных. Первым этапом, при наличии обширных гнойно-некротических поражений на стопе выполняли широкое вскрытие и дренирование гнойников, некрэктомию в пределах видимо-здоровых тканей с последующим проведением комплекса консервативной терапии, направленного на отграничение некрозов. Результаты и обсуждение: По нашим данным при исследовании посевов из гнойных очагов у 246 больных микробные ассоциации включали от 2 до 10 видов микроорганизмов, причем смешанная (анаэробно-аэробная) инфекция диагностирована у 224 больных (91,1%), только аэробная у 22 (8,9%). Наиболее часто из факультативно-анаэробных микроорганизмов в ассоциациях встречались *Staphylococcus aureus* – у 59% больных, *Staphylococcus epidermidis* – у 19%; из неспорогенных анаэробов *Bacteroides fragilis* у 21%, *Peptococcus spp.* – у 19% и *Fusobacterium spp.* – у 12%. Наличие множественных ассоциаций в гнойно-некротическом очаге сочеталось с высокой микробной обсемененностью тканей раны – 107 – 1012 микроорганизмов в 1 г ткани, что коррелировало с общей реакцией организма на источник интоксикации, а также выраженной воспалительной реакцией окружающих мягких тканей. По нашим данным из 246 больных, которым назначалась эмпирическая терапия, чувствительность к назначенным антибиотикам после получения анализов бактериологического исследования отмечена у 228 пациентов (92,7%), у 18 (7,3%) понадобилась смена антибактериальных препаратов с учетом чувствительности антибиотика к высеянной микрофлоре. В том случае, когда некрозы имеют отграниченный характер без тенденции к распространению раннее хирургическое вмешательство на стопе считаем неоправданным, что в условиях ишемии ведет к распространению последних с переходом в гангрену. Радикальные хирургические вмешательства на стопе или определение уровня ампутации считали целесообразным выполнять только после улучшения кровоснабжения в стопе. В данном случае проводим медикаментозную терапию и хирургическую коррекцию, направленные на купирование явлений ишемии пораженной конечности. Дальнейшая тактика закрытия раны зависит от течения раневого процесса (сближение краев раны вторичными швами, аутодермопластика, пластика биоматериалом «Коллост»). Показаниями к реконструктивной операции считаем сохраненное дистальное артериальное русло, при отсутствии тяжелой сопутствующей патологии, которая превышает риск оперативного вмешательства. Бедрено-проксимально-подколенное шунтирование выполнено у 69 пациентов, бедренно-дистально-подколенное шунтирование у 71, бедренно-берцовое шунтирование у 38. Для шунтирования у 110 (62%) использовали аутовену. При неадекватности аутоvenes у 68 (38%) больных для шунтирования использован комбинированный протез + аутовена. В раннем послеоперационном периоде тромбоз отмечен у 20 (11%) больных после шунтирования. Ампутация на уровне бедра выполнена у 14

(7%) из этой группы пациентов. При дистальной форме поражения сосудистого русла и положительных результатах медикаментозного лечения, указывающего на сохраненные возможности сосудов нижней конечности, считаем оправданным выполнение баллонной ангиопластики артерий голени, что было выполнено у 47 больных). Оценка эффективности проведенного комплексного лечения осуществляли по разработанной в клинике схеме: 1. Хорошие результаты - если удавалось остановить прогрессирующее гнойно-некротическое процесса на стопе при помощи «малых» операций (вскрытие и дренирование флегмоны, экзартикуляция пальцев, резекция стопы) с сохранением опорной функции нижней конечности, что достигнуто у 57,1% больных. 2. Удовлетворительные - если на фоне проводимого комплексного лечения удавалось снизить предполагаемый высокий уровень ампутации с сохранением коленного сустава – у 27,8%. 3. Неудовлетворительные - если на фоне проводимой комплексной терапии гнойно-некротический процесс прогрессировал, была произведена ампутация нижней конечности на уровне бедра или имел место летальный исход – 10,4%. Выводы: Комплексный подход в лечении больных с гнойно-некротическими осложнениями СДС с применением современных перевязочных средств, рациональной антибактериальной терапии, реконструктивных и рентген-эндovasкулярных методов коррекции кровотока позволяет снизить количество высоких ампутаций до 10-11%.

86.АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ОРГАНИЗАЦИИ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ КОЛОПРОКТОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ

Ильканич А.Я., Барбашинов Н.А., Лопацкая Ж.Н.

Сургут

Бюджетное Учреждение Ханты-Мансийского автономного округа-Югры
«Сургутская окружная клиническая больница»

Планирование реформирования здравоохранения в Российской Федерации предполагает всесторонний и углубленный анализ деятельности отдельных специализированных служб, в том числе колопроктологической. Цель исследования: повышение качества специализированной консультативной и лечебно-диагностической медицинской помощи при заболеваниях толстой кишки, анального канала и промежности. Материалы и методы. Проведен анализ эффективности работы центра колопроктологии БУ ХМАО-Югры «Сургутская окружная клиническая больница». Основные подразделения Центра представлены следующими структурными подразделениями. В консультативно-диагностической поликлинике: амбулаторный прием специалистов (колопроктолога, гастроэнтеролога, гинеколога, стоматерапевта) и дневной стационар колопроктологического профиля. В обязанности врачей амбулаторного звена входит первичный и последующие приемы, эндоскопическое обследование в рамках должностных обязанностей, перевязки, проведение малых хирургических операций и врачебных манипуляций, лечение больных в

условиях дневного стационара, диспансерное наблюдение. В составе хирургического отделения 15 коек колопроктологического профиля. Результаты. Отмечено ежегодное увеличение числа посещений амбулаторного звена: в 2011 году - 1402, в 2016 году – 12363. В 2016 году большая часть пациентов обращалась к колопроктологам 68,9% посещений. Пациенты, обратившиеся за помощью – это преимущественно лица с доброкачественными заболеваниями анального канала и промежности. Лидирует среди этих заболеваний хронический геморрой и его осложнения 23,5%. Отмечена тенденция к значительному увеличению доли пациентов с доброкачественными заболеваниями толстой кишки - 9,4% в 2016 г.. Эффективная маршрутизация этой категории больных прогностически влияет на снижение риска развития злокачественных заболеваний толстой кишки. Одно из достижений Центра и решение поставленной в 2012 году задачи по эффективному лечению женщин, страдающих тазовым пролапсом – это целенаправленный отбор врачами-колопроктологами, консультативный прием гинеколога и организация маршрута лечения больных с тазовой дисцензией. Ежегодное число оперированных с этой патологией увеличивается, достигнув 66 операций в 2016 г. На койках дневного стационара пролечено 113 пациентов, которые провели на койках дневного пребывания 920 дней. Койки дневного стационара обеспечили возможность сопровождения раннего послеоперационного периода для оперированных в амбулаторных условиях. Немаловажным направлением деятельности Центра колопроктологии является организация и ведение диспансерной группы больных колопроктологического профиля. Это гарантирует профилактику обострений выявленных заболеваний, снижает риск их осложнений, повышает качество жизни больных. В течение 2016 года с учета, в связи с завершением программы реабилитации, снято 1023 пациента, и, в течение года 1215 больных взято на «Д» учет. С февраля 2012 года организован кабинет стомированного больного. Число посещений кабинета стомированного больного в 2012 году составило 74, а в 2013 – 616, 2014 – 633, в 2015 – 557, в 2016 – 501. Перспектива развития кабинета стомированного больного – это проведение полного комплекса консультативных и лечебных мероприятий стомированному больному и обеспечение его современными техническими средствами ухода за стомой в течение жизни. В Центре колопроктологии организована консультативная помощь для больных с воспалительными заболеваниями кишечника. Создан регистр, в который включено 338 пациентов. Организована маршрутизация для этой категории больных. В стационаре также отмечено увеличение числа пролеченных больных с 332 в 2012 г. до 610 в 2016 г. Это связано с увеличивающейся потребностью в специализированной колопроктологической помощи на территории Округа, расширением перечня оказываемых медицинских услуг и организованным потоком больных поддерживаемым и регулируемым амбулаторным подразделением Центра. В структуре больных колопроктологического профиля, пролеченных в 2016 году подавляющее число пациентов 88% – поступили в плановом порядке, 12% госпитализированы экстренно. Из них большая часть - 91% - оперирована. Таким образом, в Центре колопроктологии, реализуется этапность и преемственность лечения больных. Это позволяет проводить широкий перечень диагностических и лечебных мероприятий в амбулаторных условиях, обоснованно направлять больных для проведения этапа хирургического лечения в стационар, осуществлять наблюдение за больными в амбулаторных условиях после выписки из стационара. Программа диспансеризации обеспечивает более высокие показатели качества жизни, сокращает число рецидивов и обострений заболеваний.

**87. ПЕРВЫЙ ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОГО ДОСТУПА
В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ УЩЕМЛЕННОЙ ГРЫЖИ
В ЧЕЛЯБИНСКОЙ ОБЛАСТНОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЕ**

Тарасов А.Н., Ефремов А.П., Абдрашитов Р.Р., Лаврентьев О.В., Искаков Р.И.

Челябинск.

ГБУЗ ЧОКБ

Ущемленные грыжи различной локализации занимают одно из первых мест в структуре ургентной хирургической патологии и не имеют тенденции к снижению. В современной герниологии широко применяются лапароскопические технологии. Технические детали таких операций продолжают обсуждаться, а выполнение их в экстренном порядке предполагает необходимость оснащения ургентных операционных соответствующим оборудованием и участие в работе квалифицированного хирурга, владеющего техникой лапароскопической герниотомии. Цель исследования: Расширение возможности использования лапароскопических операций при хирургическом лечении ущемленной грыжи и оценка клинической целесообразности такого подхода. Материалы и методы: За 3 года в Челябинской областной клинической больнице начато активное использование лапароскопической технологии при плановом устранении грыж различной локализации. Выполнено 376 операций. Это позволило отработать технику выполнения различных вариантов лапароскопической герниопластики, подготовить 5 хирургов, владеющих всеми вариантами оперативных вмешательств и обеспечить их регулярное участие в экстренных операциях. С марта 2014 года в клинику госпитализировано 30 больных с ущемленными грыжами различной локализации. Женщин 17, мужчин 13, средний возраст $67 \pm 2,1$ лет. Длительность ущемления составила у трех пациентов 3 часа, у пяти - 3-12 часов, у четырех – 13-24 часа, у десяти 24-72 часа и у восьми - более 3 суток. У 7 пациентов ущемленная грыжа осложнилась развитием механической кишечной непроходимости, у 2х – флегмоной грыжевого мешка. Выраженная кардиальная патология выявлена у 7, тяжелое общее состояние, обусловленное кишечной непроходимостью и интоксикацией у 4 больных. 24 пациента оперированы традиционным, открытым способом, 6 – лапароскопически: у двух больных паховые грыжи с ущемлением пряди большого сальника, без некроза, выполнена пластикой сетчатым протезом - TAPP методика. У трех больных пупочная грыжа с ущемлением сальника у двух и ущемлением тонкой кишки у одного. Выполнены резекция сальника и вправление жизнеспособной петли тонкой кишки. Грыжевой дефект у всех больных закрыт с использованием сетчатого эндопротеза, в 2х случаях предбрюшинно и с использованием техники IPOM+ у одного пациента. При устранении ущемленной послеоперационной вентральной грыжи выполнена резекция большого сальника и пластика сетчатым эндопротезом IPOM+. Результаты и обсуждение. На этапе освоения лапароскопических операций при ущемленной грыже показания к этой методике ограничивали у больных с сочетанной кардиальной патологией, тяжелым общим состоянием и сроками после ущемления больше 4 часов. Длительность выполнения открытых операций составила 60 ± 19 минут, лапароскопических 97 ± 23 минуты. Применение лапароскопических технологий позволяет провести осмотр ущемленных органов во время всей операции, а после их вправления и завершения пластики, обеспечивает дополнительный «damage» контроль зоны

ущемления. Послеоперационные осложнения и летальность у больных, оперированных лапароскопически отсутствовали. Минимизация хирургического повреждения брюшной стенки способствовало уменьшению болевого синдрома и сокращению продолжительности стационарного лечения до $5.5 \pm 1,5$ койко-дней. Выводы: Анализ полученных результатов позволяет рассчитывать на существенное повышение эффективности хирургического лечения ущемленной грыжи за счет использования лапароскопических технологий. Эффективное и безопасное применение лапароскопического доступа при ущемленных грыжах возможно только в специализированных лечебных учреждениях, оснащенных современным оборудованием в которых на постоянной основе выполняется полный спектр лапароскопических операций при грыжах живота, что позволяет подготовить достаточное количество квалифицированных хирургов, владеющих такой технологией.

88. ОБЕСПЕЧЕНИЕ ПОСТПУНКЦИОННОГО ГЕМОСТАЗА В ЭНДОВАСКУЛЯРНОЙ ХИРУРГИИ

Галимов О.В., Ибрагимов Т. Р., Окроян В.П., Пантелеев Э.С., Петров А.

Уфа

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

Постпункционный гемостаз в эндоваскулярной хирургии является одной из актуальных проблем, так как неправильное выполнение и обеспечение гемостаза на конечном этапе оперативного вмешательства может привести к серьезным осложнениям, увеличению времени пребывания в стационаре и, в некоторых случаях, к летальному исходу. В настоящее время наиболее эффективным и экономически оправданным способом обеспечения гемостаза в условиях большинства стационаров при минимальных рисках возникновения осложнений является метод пальцевой компрессии с последующим наложением давящей повязки. Этот способ заключается в том, что производят длительную (20-30 мин) пальцевую компрессию артерии с последующим наложением давящей повязки на зону компрессии на 12-24 часа. Недостатки этого способа в том, что несмотря на малую травматичность для пациента, тромбирование достигается от 50% до 70% случаев. Для улучшения результатов профилактики образования постинъекционных гематом, нами предлагается использовать способ осуществления гемостаза с использованием отечественного гемостатического средства для местного применения "Желпластан". Способ осуществляется следующим образом. После проведенной манипуляции в месте пункционного доступа извлекается интродьюсер или катетер. До полного его извлечения на раневую поверхность наносится препарат "Желпластан" и равномерно распределяется вокруг раневой поверхности, затем часть препарата наносится на смоченную спиртовым раствором стерильную марлевую салфетку. Одновременно с полным извлечением интродьюсера или катетера из места доступа

проводится пальцевое прижатие артерии по ходу ее прохождения с последующей фиксацией в данном положении до полной остановки кровотечения. Накладывается тугая повязка. Способ применен в клинике у 23 пациентов. Применяемый нами препарат в комплексе лечебных мероприятий обеспечивал хороший гемостатический эффект. Эффективность данного метода оценивали по визуальной картине, выраженности болей, отсутствия воспалительного процесса и наличия постпункционного кровотечения. При сравнении непосредственных результатов лечения в основной группе выявлено достоверное уменьшение числа больных, у которых развились осложнения, связанные с послеоперационным периодом (постпункциональная пульсирующая гематома).

89.РЕЗУЛЬТАТЫ ОБСЛЕДОВАНИЯ И ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОК ПРИ НЕЛАКТАЦИОННЫХ ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

*Романенков Н.С. (1), Алексеев А.И. (1), Романенков С.Н. (2),
Романова Н.В. (2), Захаров А.Н. (2)*

1) Санкт-Петербург, 2) Нефтеюганск

1) ФГБУЗ «Санкт-Петербургская клиническая больница РАН»;
2) БУ «Нефтеюганская окружная клиническая больница имени В.И.Яцкив»

Актуальность. Гнойно-воспалительные заболевания молочной железы (МЖ) часто обуславливают необходимость длительного стационарного лечения, даже при отграниченных формах маститов. Нелактационные маститы развиваются более чем в 4 раза реже, чем лактационные. Однако обследование и лечение таких пациенток часто затруднительно для хирурга по причине онкологической настороженности в отношении диагностики рака молочной железы (РМЖ). Поэтому изучение результатов реализации комплексного подхода к лечению женщин с нелактационным маститом – актуальная задача. Материал и методы. Проанализированы результаты обследования и лечения 35 пациенток, у которых в 2015 – 2016 гг. диагностированы воспалительные изменения МЖ. Возраст больных варьировал от 23 до 67 лет, в среднем составил 48,2 года. Во всех наблюдениях патологический процесс носил односторонний характер. В большинстве (84,3%) случаев верифицированы подкожная и субареолярная формы воспалительного поражения МЖ. В 92,6% клинических наблюдений нелактационный мастит развился у пациенток на фоне ранее диагностированной фиброзно-кистозной мастопатии и анатомических особенностей строения сосково-ареолярного комплекса. Полученные результаты, их обсуждение. Все пациентки консультированы хирургом, онкологом (маммологом), выполнено ультразвуковое сканирование молочных желез, осуществлены целенаправленные пункции патологического очага, посев содержимого на бактериальную флору и ее чувствительность к антибактериальным препаратам, гистологическое исследование аспирата, либо ткани молочной железы, полученной во время операции. В 1 (2,9%) случае онкологом-маммологом

у пациентки верифицирован РМЖ, в дальнейшем осуществлено его комбинированное лечение. В 1 (2,9%) клиническом наблюдении диагностирован абсцесс МЖ. После купирования явлений гнойного воспаления выполнено иссечение капсулы абсцесса, констатировано заживление раны первичным натяжением с хорошими косметическими результатами операции. В 8 (22,9%) случаях воспалительные явления удалось полностью купировать назначением антибактериальной терапии в сочетании с местным лечением. В 25 (71,4%) клинических наблюдениях выполнено вскрытие гнойного очага с хирургической обработкой раны, дренирование санированной полости. В большинстве 21 (84%) случаев причиной развития нелактационного мастита оказался золотистый стафилококк. Выбор антимикробной терапии проводился с учетом схем рационального дозирования антибактериальных препаратов, чувствительности микроорганизмов, содержащихся в раневом отделяемом, к антибиотикам. Для местного лечения ран применяли: растворы «Бетадин», «Хлоргексидин»; мази «Левомеколь», «Аргосульфан», «Бетадин». Средние сроки очищения ран составили $10 \pm 2,4$ суток. Болевой синдром после хирургического вмешательства во всех наблюдениях купировался пероральным применением обезболивающих препаратов. При этом продолжительность их применения не превышала 3-х суток после операции. Сроки временной нетрудоспособности в среднем составили 5 дней. Потребности в проведении повторных хирургических вмешательств не возникло. Выводы. Воспалительные изменения в МЖ, не связанные с лактацией в каждом 5 случае удается полностью купировать медикаментозно. При хирургическом лечении отграниченных гнойных маститов сроки временной нетрудоспособности не превышают 5 суток. Реализация комплексного подхода к диагностике и лечению гнойно-воспалительных заболеваний МЖ себя оправдывает, поскольку в этих случаях онкологом может быть диагностирован РМЖ.

90.ТОТАЛЬНАЯ ДЕКОМПРЕССИОННАЯ ИНТУБАЦИЯ ТОНКОЙ КИШКИ ПРИ РАЗЛИТОМ ФИБРИНОЗНО-ГНОЙНОМ ПЕРИТОНИТЕ

Арсютов В.П.(1), Волков А.Н.(1), Арсютов О.В.(1), Столяров С.И.(2), Мизуров Н.А.(1)

Чебоксары

- 1) ФГБОУ ВО «Чувашский государственный университет им. И.Н. Ульянова»,
- 2) БУ «Республиканская клиническая больница» МЗ Чувашской Республики

Актуальность. Разлитой фибринозно-гнойный перитонит (РФГП) является одним из тяжелейших осложнений острой хирургической патологии и повреждений органов брюшной полости. Несмотря на значительные успехи в лечении разлитого перитонита, и на сегодняшний день перитонит является центральной проблемой неотложной хирургии. Летальность при тяжелых формах РФГП составляет 25-30%, а при развитии полиорганной недостаточности достигает 85-90%. Основными факторами патогенеза перитонита являются интоксикация, гиповолемия, нарушение водно-электролитного баланса, эндокринной

регуляции, микроциркуляции и функциональная непроходимость кишечника. При прогрессировании РФГП, на фоне стойкого пареза кишечника, патологического внутриполостного пищеварения происходит смена лидера в генезе эндогенной интоксикации. Основным фактором развития эндотоксикоза и органических дисфункций становится не воспаленная брюшина, а паретичная кишка. Переполнение кишечных петель жидкостью и газами приводит к нарушению микроциркуляции в стенке кишки и общепринятые методы восстановления моторики кишечника в этих условиях оказываются безуспешными. И поэтому, устранение перерастяжения кишечной стенки, механического сдавления нейромышечного аппарата кишки и восстановление микроциркуляторного русла являются необходимыми условиями восстановления моторной функции кишечного тракта и благоприятного исхода в лечении пациента. Материалы и методы. Нами проанализированы результаты тотальной декомпрессионной интубации тонкой кишки (ТДИТК) у 116 пациентов в возрасте от 16 до 80 лет. Мужчин было 80 (68,9%), женщин – 36 (31,1%). Показаниями к тотальной декомпрессионной интубации тонкой кишки у этой группы пациентов являлись: 1. 51 больному ТДИТК проведена по поводу разлитого фибринозно-гнояного перитонита различного генеза, среди которых следует указать проникающие и тупые травмы органов брюшной полости, острый деструктивный аппендицит, перфоративную язву желудка и двенадцатиперстной кишки, панкреонекроз. 2. У 22 больных ранняя спаечная кишечная непроходимость в послеоперационном периоде. Причем, ранняя спаечная кишечная непроходимость возникла у 6 больных после проведенных аппендэктомий по поводу деструктивного аппендицита; у 2 – после операций по поводу спаечной кишечной непроходимости; у 3 больных после ушивания перфоративной язвы желудка и двенадцатиперстной кишки; у 3 – после операций на толстой кишке; у 2 больных после гинекологических операций; у 3 больных после плановых резекций желудка; у 3 больных после проведенных лапаротомий по поводу тупых и проникающих ран брюшной полости с повреждением внутренних органов. У 22 больных ТДИТК проведена во время релапаротомий по поводу различных послеоперационных осложнений. Так у 8 больных причиной релапаротомии явился неразрешившийся перитонит. Несостоятельность кишечного шва стала причиной релапаротомии у 11 больных. У 3 больных – межкишечные абсцессы. 16 пациентам релапаротомии выполнены на 3-5 сутки послеоперационного периода. На 6-9 сутки – 2 больным, на 10-14 сутки – 3 больным. 3 пациентам релапаротомии выполнены на более поздних сроках послеоперационного периода. У 21 больного ТДИТК проведена по поводу острой спаечной кишечной непроходимости, осложненной разлитым фибринозно-гнояным перитонитом. Причем, у большинства больных разлитой фибринозно-гнояный перитонит был в токсической или терминальной фазе. В 17 случаях зонд проводился антеградно эндоназально до Баугиниевой заслонки. В остальных случаях зонд проводился ретроградно до Трейтцевой связки: у 29 больных через аппендикостому, у 42 – через цекостому и у 28 больных через илеостому. Через зонд в каждые 3 часа проводилось промывание полости кишечника фурацилином, слабым раствором «марганцовки» в количестве 300 мл с помощью шприца Жане. Наличие зонда способствует свободному оттоку токсического содержимого кишечника. Зонд оставался в кишечнике 7-10 суток. Результаты и обсуждение. Из 116 больных, которым проводилась ТДИТК специальным зондом при наиболее тяжелых случаях РФГП (в токсической и терминальной фазах), умерли 35 (30,2%) больных. Ни одного случая ранней спаечной кишечной непроходимости у этой группы больных не наблюдалось. У 2 больных, которым была проведена ТДИТК во время первой

операции и по поводу перфоративной язвы желудка и двенадцатиперстной кишки осложненного разлитым фибринозно-гнойным перитонитом, проведена релапаротомия на 10 сутки послеоперационного периода. Показаниями к репаротомии явились межкишечные абсцессы, несостоятельность швов ушитой язвы. В обоих случаях релапаротомии завершены повторной ретроградной ТДИТК. Выводы. Таким образом, тотальная декомпрессионная интубация тонкой кишки является высокоэффективным методом в комплексной терапии разлитого фибринозно-гнойного перитонита, позволяющая значительно улучшить результаты лечения данной патологии и эффективным методом профилактики ранней спаечной кишечной непроходимости. Показаниями к тотальной декомпрессионной интубации тонкой кишки являются: 1. Разлитой фибринозно-гнойный перитонит в токсической и терминальной фазах. 2. Спаечная кишечная непроходимость, осложненная разлитым перитонитом. 3. Повторные лапаротомии по поводу острой спаечной кишечной непроходимости.

91. ОСТРЫЙ ГНОЙНЫЙ МЕДИАСТИНИТ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ, ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ

Столяров С.И.(1), Григорьев В.Л.(2)

Чебоксары

- 1) БУ «Республиканская клиническая больница» МЗ Чувашской Республики,
- 2) ГАУ ДПО «Институт усовершенствования врачей»

Актуальность. Этиологии, особенностям клинической картины, диагностике, а также различным вариантам лечения больных с острым гнойным медиастинитом (ОГМ) на фоне сахарного диабета (СД) посвящено небольшое количество работ, как в отечественной, так и в зарубежной медицинской литературе. Актуальность вопроса объясняется двумя причинами: во-первых, сам острый гнойный медиастинит, как один из наиболее опасных и тяжелых хирургических заболеваний не является до конца решенной проблемой; во-вторых, у больных сахарным диабетом течение острого гнойного медиастинита имеет специфические особенности и сопровождается достаточно высокой летальностью. Цель. Проанализировать особенности клиники и результаты хирургического лечения больных ОГМ страдавших сахарным диабетом. Материал и методы. За период 1985 – 2017 г.г. в хирургическом торакальном отделении БУ «Республиканская клиническая больница» МЗ Чувашской Республики находилось на лечении 5 пациентов (2 мужчин и 3 женщины) с острым гнойным медиастинитом на фоне сахарного диабета 2 типа (в одном случае впервые выявленный) в возрасте от 58 до 74 лет. Они составили 2,6% среди всех больных с медиастинитом (n=192), 5,5% среди пациентов с вторичным медиастинитом (n=91). Сроки поступления пациентов в торакальное отделение с момента начала заболевания от 5 до 14 суток. Тонзиллогенный медиастинит был у 4, одонтогенный в одном случае. У всех пациентов кроме основного заболевания имелась тяжелая сопутствующая терапевтическая патология: ИБС,

постинфарктный кардиосклероз у 2, гипертоническая болезнь, ожирение 3 степени у 3. При поступлении пациенты жаловались на слабость, затрудненное глотание (n=4), субфебрильную температуру. Болей в грудной клетке, за грудиной боли пациенты не отмечали. У 3 имелась флегмона шеи, у одного флегмона грудной стенки. Тахикардия свыше 100 ударов в минуту наблюдалась у 1. По лабораторным данным в одном случае наблюдалась лейкопения $3,6 \cdot 10^9/\text{л}$, у двоих лейкоцитоз $11,1 \cdot 10^9/\text{л}$ и $19,7 \cdot 10^9/\text{л}$, у одного до $30 \cdot 10^9/\text{л}$. Во всех случаях отмечен резкий сдвиг лейкоформулы влево, ускорение СОЭ. Токсогенная зернистость нейтрофилов отмечена у 3. ЛИИ у всех был повышен и составил от 5,4 усл.ед. до 26,7. Протеинурия выявлена у 4. В биохимических анализах у четверых отмечено повышение уровня мочевины от 10,1 до 31 ммоль/л, креатинина от 105 до 364 мкмоль/л. Уровень сахара крови при поступлении колебался от 9,8 ммоль/л до 15,6 ммоль/л. Рентгенологически расширение тени средостения выявлено у двоих пациентов. Все пациенты оперированы после дообследования и предоперационной подготовки в условиях реанимационного отделения, выполнена чресшейная медиастинотомия по Разумовскому. Верхний передний и задний медиастинит диагностирован у 4, верхний передний у 1. Высейная микрофлора из гнойного очага: *P.aeruginosa* у 2, *E.faecales* у 1, *S. ?-hemoliticus* у 2. В послеоперационном периоде проводилась интенсивная антибактериальная, дезинтоксикационная терапия, инсулинотерапия по гликемии. Дополнительно к традиционным методам лечения у двоих пациентов использован АУФОК, у двоих непрямая внутривенная электрохимическая детоксикация организма с применением 0,06% раствора гипохлорита натрия (3-4 сеанса в послеоперационном периоде). В одном случае проведен сеанс гемодиализа. ГБО проведена 2 пациентам. Результаты. В послеоперационном периоде умерло 2 больных (на 1-е сутки с тонзиллогенным медиастинитом и на 4-е сутки с одонтогенным). Сроки их поступления на 10 и 14 сутки с момента начала заболевания (уровень ЛИИ при поступлении 12,4 и 26,7 усл.ед.). При патологоанатомическом исследовании в обоих случаях установлено прогрессирование медиастинита с развитием сепсиса (двусторонняя деструктивная пневмония, множественные абсцессы печени), полиорганной недостаточности, ТЭЛА мелких ветвей. Летальность составила 40%. Среднее пребывание в стационаре выписанных пациентов составило $39 \pm 0,3$ дня. Выводы. 1) Клиническими особенностями течения ОГМ у больных сахарным диабетом является более длительное, стертое течение, на фоне субфебрильной температуры причинного первичного гнойного процесса с быстрым, внезапным развитием острого медиастинита, сепсиса, полиорганной недостаточности параллельно с декомпенсацией сахарного диабета. 2) У пациентов с сахарным диабетом распространенные формы медиастинита встречаются чаще, чем среди больных без диабета с аналогичными причинами медиастинита. 3) Распространенность гнойного процесса в средостении при сахарном диабете зависит от следующих факторов: характера первичного патологического процесса, продолжительности заболевания до начала лечения, наличия или отсутствия спаечного процесса в средостении, наличия сопутствующей патологии, функционального состояния механизмов защиты пациента.

92. АБДОМИНАЛЬНЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ КОРОНАРНОГО ШУНТИРОВАНИЯ В УСЛОВИЯХ ИСКУССТВЕННОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ

Фокин А.А.(1), Гарбузенко Д.В.(1), Белов Д.В.(1)

Челябинск

ФГБОУ ВО ЮУГМУ Минздрава России

Актуальность: Абдоминальные осложнения после коронарного шунтирования встречаются редко, но при отдельных видах сопровождаются высокой летальностью. Материалы и методы: Проведен ретроспективный анализ 6586 историй болезней пациентов перенесших коронарное шунтирование в ФЦССХ Челябинск с 2011 по 2017г. Выявлена группа пациентов с абдоминальными осложнениями (мезентериальный тромбоз, острый холецистит, острый панкреатит, желудочно-кишечные кровотечения, кишечная непроходимость) 73 человека. Произведен анализ осложнений, тактика диагностики и лечения, определены факторы риска их развития. Результаты: С 2011 по июнь 2017 года в ФГБУ «ФЦССХ» Челябинск было проведено 6586 операций коронарного шунтирования в условиях искусственного кровообращения. У 73 пациентов в послеоперационном периоде отмечено развитие острой абдоминальной хирургической патологии. В группе пациентов с абдоминальными осложнениями 60 мужчин, 13 женщин, средний возраст которых 64,8 лет. Желудочно-кишечные кровотечения диагностированы у 31 больного, паралитическая кишечная непроходимость 27 пациентов. Развитие острого калькулезного холецистита произошло в 5 случаях, острого бескаменного холецистита в 7 случаях. Мезентериальный тромбоз развился у 6 пациентов (1 сегментарный тромбоз подвздошной кишки). Острый панкреатит наблюдался у 3 пациентов. У 4 больных было сочетание различных абдоминальных осложнений. Абдоминальные осложнения в послеоперационном периоде не только утяжеляли послеоперационное течение, но и в некоторых случаях являлись непосредственной причиной смерти. Летальность в случае развития мезентериального тромбоза составляет 83,3%. В группе пациентов с острым панкреатитом 66,6%, с желудочно-кишечными кровотечениями 35,5%. У пациентов с паралитической кишечной непроходимостью 17,8%. В случае бескаменного холецистита 28,5%, острого калькулезного 20%. Источниками кровотечения становились острые эрозии 48,4%, острые язвы 38,7% желудка и двенадцатиперстной кишки. Показатели коррелируют с данными представленными в мировой литературе. В базе данных PubMed произведен поиск статей для определения факторов риска развития абдоминальных осложнений. С помощью методов математической статистики в программе SPSS 19 были выявлены закономерности влияния мультифокального атеросклероза, фибрилляции предсердий в послеоперационном периоде, рестернотомии, развития острого интраоперационного инфаркта миокарда, применения экстракорпоральной мембранной оксигенации на развития ранних абдоминальных осложнений с разной степени вероятной корреляции. **ВЫВОД:** Желудочно-кишечные осложнения после кардиохирургических вмешательств по-прежнему вносят значительный вклад в заболеваемость и смертность в этой популяции пациентов. Превентивные стратегии, в сочетании с ранней диагностикой и интенсивным лечение абдоминальных осложнений составляют основу общего клинического подхода к этим состояниям. Поэтому крайне важно, что все практикующие врачи, которые

связаны с послеоперационным ведением пациентов, были знакомы с полным спектром потенциальных желудочно-кишечных, а также с общими подходами к их лечению.

93.ОБОСНОВАНИЕ ВЫБОРА ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ ЛЕЧЕНИЯ ПЕРИТОНИТОВ У БОЛЬНЫХ С ТЕРМИНАЛЬНОЙ СТАДИЕЙ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ДАННЫХ КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ

Гаус А.А., Климова Н.В., Дарвин В.В., Горда Н.В.

ХМАО-Югра, г. Сургут

ГБОУ ВПО «Сургутский государственный университет Ханты-Мансийского автономного округа ? Югры», кафедра госпитальной хирургии

Исследование посвящено разработке хирургических критериев лечения перитонитов у 63 больных с терминальной стадией ВИЧ-инфекции с использованием данных мультиспиральной компьютерной томографии брюшной полости (МСКТ (Toshiba Aquilion 64, Япония)). При анализе морфологических данных туберкулезная инфекция брюшной полости присутствовала у всех пациентов. Для планирования объема и характера оперативного вмешательства у больных с перитонитами на фоне терминальной стадии ВИЧ-инфекции были выделены 3 группы. I группа (23 человек – 37%) – больные с неотграниченными воспалительными процессами, с большим количеством воспалительного экссудата в брюшной и грудной полостях, с тяжелым рецидивирующим затяжным течением, которым требовались программированные релапаротомии и повторные дренирования плевральной полости. Интраоперационная тактика включала ликвидацию патологического очага, санацию и дренирование брюшной полости. II группа (32 больных – 50%) – больные с рецидивирующими перфорациями стенки кишки, открывающимися в отграниченные внутренние полости, с наличием внутренних кишечных свищей, у которых имело место явное несоответствие значительных рентгенологических и лабораторных изменений на фоне слабо выраженных клинических симптомов. Этим пациентам требовались повторные КТ брюшной полости в качестве активного поиска данной патологии, а также – для оценки динамики воспалительного процесса в брюшной полости. Интраоперационная тактика включала ушивание свищей ЖКТ, либо – в тяжелых случаях выведение энтеро (коло)стом, санацию и дренирование брюшной полости. III группа (8 больных – 13%) – больные с «сухим» отграниченным перитонитом, с массивным наложением фибрина и наличием конгломератов увеличенных мезентериальных лимфоузлов. Хирургическая тактика предусматривала малоинвазивное дренирование брюшной полости. Исследования показали необходимость использования МСКТ всем больным при подозрении на острую абдоминальную хирургическую патологию на фоне терминальной стадии ВИЧ-инфекции для объективизации показаний к выбору оптимальной первичной хирургической тактики, а так же – для оценки

динамики воспалительного процесса в брюшной полости, для которого характерна непредсказуемость и атипичность течения в послеоперационном периоде.

94. АППЕНДЕКТОМИЯ КАК ПРЕДИКТОР ПРОФЕССИОНАЛИЗАЦИИ НАЧИНАЮЩЕГО ХИРУРГА В УСЛОВИЯХ ЭКСТРЕННОЙ ХИРУРГИИ

Быков А.В. (1), Мяконький Р.В. (1,3), Петров А.В. (1,2), Панкратов А.И. (4)

Волгоград, Саров

- 1) ФГБОУ ВО «Волгоградский государственный медицинский университет»,
- 2) ГБУ «Волгоградский медицинский научный центр»,
- 3) ГБУЗ «Волгоградская областная клиническая больница № 3»,
- 4) ФГБУЗ «Клиническая больница № 5

Актуальность. В настоящее время практической подготовке хирургов со стороны профессионального сообщества уделяется повышенное внимание (Хубезов Д.А. и соавт., 2017). При этом обсуждению подвергаются вопросы вузовской подготовки на этапе прохождения интернатуры и ординатуры, а также системы непрерывного медицинского образования. Начиная с 2016 г. в журнале «Хирургия. им. Н.И. Пирогова» А.В. Федоровым, С.А. Совцовым, М.Л. Таривердиевым опубликован ряд статей, посвященных данной тематике. Начиная с I Национального хирургического конгресса (2017), а затем и на площадках съездов хирургов федеральных округов, неоднократно обсуждались вопросы профессионализации хирургов, что свидетельствует о чрезвычайной актуальности рассматриваемой проблемы. Однако вопрос профессионализации начинающего хирурга ускользает от внимания исследователей и организаторов практического здравоохранения. Априори считается, что пройдя обучение в рамках по программе интернатуры и/или ординатуры, начинающий хирург абсолютно готов к самостоятельной практической деятельности. На практике приходится сталкиваться совсем с противоположным явлением. В доступной литературе нам не удалось найти исследований, касающихся профессионализации начинающих хирургов. Изучением профессионализации начинающих хирургов кафедра хирургических болезней и нейрохирургии факультета усовершенствования врачей Волгоградского государственного медицинского университета (ВолгГМУ) с использованием методов социологии медицины занимается с 2009 г. (зав. каф. д.м.н., проф. А.В. Быков). Поскольку рассматриваемые вопросы носят междисциплинарный характер, и лежат в плоскости социологии профессии, работа ведется совместно с кафедрой философии, биоэтики и права с курсом социологии медицины ВолгГМУ (зав. каф. ЗДН РФ, д.философ.н., д. юр.н., проф. Н.Н. Седова). Начинаящий (нестажированный) хирург - специалист, получивший на основании действующего законодательства РФ допуск к самостоятельной деятельности по хирургической специальности, имеющий вторую квалификационную категорию или без таковой, стаж работы которого по профессии составляет менее 5 лет. На сегодняшний день социально-

демографический портрет российского хирурга выглядит следующим образом: это мужчина-горожанин в возрасте преимущественно от 25 до 49 лет (Андрянов С.В., Чернышкова Е.В., 2017). Безопасность пациентов - раздел современной медицины и политики здравоохранения, поддерживаемый на глобальном уровне Всемирным Альянсом за безопасность Всемирной организации здравоохранения (Карсанов А.М. и соавт., 2016). Безопасность пациентов рассматривается как основа качества медицинской помощи, являясь максимально возможным соответствием клинических исходов ожиданиям врача и пациента, при минимальном риске отрицательных эффектов диагностики и лечения (Маскин С.С. и соавт., 2014). Острый аппендицит – это коварное с точки зрения диагностики и опасное по возможным последствиям заболевание. До 75-83,5% от общего числа неотложных операций предпринимаются по поводу острого аппендицита, а от всех госпитализированных с острыми заболеваниями органов брюшной полости острый аппендицит составляет 75-80%. Цифры летальности (0,2-0,3%) не имеют тенденции к снижению, за последние 10-15 лет, при более тщательном анализе в различных регионах летальность достигла 0,5-0,6% (Назыров Ф.Г., Девятов В.Я., 2005). Классическая открытая аппендэктомия – операция профессионального старта, именно с этого вмешательства начинает каждый хирург. Безусловно, данное оперативное вмешательство может оказаться как самой простой по выполнению операцией, так и наисложнейшей. Материалы и методы. Дизайн исследования: анонимное анкетирование, проведенное посредством интерактивного опроса, организованного в группе «Молодой хирург» (количество участников группы 4799 чел.) российской социальной сети Вконтакте (1-е место в рейтинг соцсетей на 2016 г. по версии интернет-издания ПРО СММ <http://www.pro-smm.com>). Респондентам был задан вопрос: «В каком возрасте Вы провели самостоятельно первую аппендэктомию?». В опросе приняли участие обучающиеся (студенты, интерны, ординаторы) медицинских вузов и практикующие хирурги из России, Украины и Белоруссии. Критерием включения представителей этих стран стала их принадлежность к постсоветским медицинским школам, в которых потенциально сохранились во многом единые принципы подходов к организации подготовки медицинских кадров, в частности хирургического профиля. Опрос проводился в период с октября 2016г. по октябрь 2017г. (n=1338), в нем приняло участие 550 женщин и 788 мужчин. По результатам ответов участники опроса были ранжированы на три группы: 18-24 – студенты; 25-27 – ординаторы; 27-29 – начинающие хирурги. Студенты составили 362 чел. (27%), интерны/ординаторы – 642 чел. (48%), начинающие хирурги - 334 чел. (25%). Гендерное распределение в целевой группе начинающих хирургов оказалось следующим 198 мужчин (59,3%) и 136 женщин (40,7%). При более детальном изучении целевой группы из нее было удалено 22 респондента: 20 мужчин и 2 женщины, в возрасте старше 35 лет, что явилось критерием исключения, поскольку они не подходили под определение начинающий хирург. Полученные результаты. В группе респондентов, отнесенных нами к категории студентов, на самостоятельное выполнение аппендэктомии в период обучения в вузе указало 54 чел. (14,9%). На послевузовском этапе обучения, в группе интерны/ординаторы, к самостоятельному выполнению указанной операции были допущены 137 чел. (21,3%). В истинную группу начинающих хирургов вошло 312 человек, гендерная принадлежность 178 мужчин (57,1%) и 134 женщины (42,9%). Суммарный процент студентов и интернов/ординаторов, которые за время обучения выполняли аппендэктомию, составляет 57,8%. При этом в группе начинающих хирургов он равен 40,7% (127 чел.). Обсуждение. Существующий в отечественном здравоохранении на сегодняшний день кадровый дефицит

неминуемо приводит к приходу в профессию начинающих хирургов. Чтобы восполнить дефицит общих хирургов выпускниками медицинских вузов потребуется 7 - 8 лет. Речь идет не о формальном укомплектовании штатов хирургической службы медицинских ЛПУ, а о достижении начинающими хирургами профессиональных компетенций с позиции безопасности пациентов. Основная сложность формирования хирургов заключается в приобретении компетенций, относящихся к манипуляционным навыкам специалиста. Изменение законодательства РФ, деятельность обществ по защите животных и этических комитетов привели к тому, что ранее традиционное для медицинских вузов обучение в настоящее время становится практически не возможным. На послевузовском этапе (интернатура/ординатура) обучения хирурга, главным образом, построено на самообразовании обучающегося (чтение книг, монографий, учебно-методических пособий, клинических рекомендаций), в котором преобладает теоретическая подготовка. При этом согласно конусу обучения всемирно известного специалиста в области использования аудиовизуальных материалов в обучении Э. Дейла задействуется пассивное вовлечение обучающегося в процесс обучения. Обучающиеся лишены возможности оперировать, используя биологические материалы, правовой вакуум создает препятствия в доступе к кадаверному материалу. Далеко не все российские медицинские вузы, в достаточном количестве оснащены современными обучающими технологиями (манекенами, тренажерами, симуляторами) и вивариями, основная тому причина, высокая стоимость указанных обучающих систем. Данная ситуация повышает риски в диаде «врач-пациент». E.N. de Vries и соавт., опубликовали результаты метаанализа «Систематический обзор заболеваемости и характера неблагоприятных явлений в стационаре» (2008), который включил изучение 74 тыс. эпизодов лечения. Авторы показали, что средняя частота неблагоприятных исходов при терапевтической патологии составила 9,2%, а в 7,4% лечение привело к летальному исходу. Хирургия является медицинской отраслью повышенного риска. Вероятность развития осложнений и неблагоприятных исходов у начинающего хирурга при выполнении профессиональной деятельности по объективным причинам, при прочих равных условиях, значительно выше, чем у опытных коллег. Тем не менее, приступая к самостоятельной работе, начинающий хирург попадает в тоже правовое поле, что и хирург, например, с 30 летним опытом. Как показало проведенное исследование, менее половины начинающих хирургов за время обучения хотя бы однократно выполняют классическую аппендэктомию. Более высокий показатель аппендэктомий при объединении 1-й и 2-й группы респондентов по сравнению с 3-й группой можно объяснить тем, что не все студенты, которым посчастливилось в период обучения в вузе самостоятельно выполнить аппендэктомию, в последующем хотят посвятить себя хирургии и выбирают другую специальность. Относительно высокий процент самостоятельно выполненных аппендэктомий в когорте обучающихся может быть объяснен с нескольких позиций. С одной стороны, возможно, он связан с тем, что в опросе не принимали участие те студенты и интерны, которые не имели опыта выполнения аппендэктомии за время обучения. В группе «Молодой хирург» на момент проведения исследования состояло 4799 чел., среди участников опроса оказалось 1338 чел. (27,8%). С другой стороны, это может свидетельствовать о существующем негласном институте наставничества в хирургической среде, когда после многочисленных успешных ассистенций и достаточной теоретической подготовке, наставник дает своему ученику почувствовать себя в роли оператора. При этом надо полагать, сам наставник выступает в роли ассистента, поскольку вся юридическая и моральная

ответственность ложится именно на хирурга, доверившего аппендэктомию студенту или интерну/ординатору. Как правило, обучение в интернатуре и/или ординатуре сводилось к теоретической подготовке, работе с медицинской документацией, в разной степени частоты ассистенциям при операциях. Подавляющее большинство опрошенных начинающих хирургов, выполнили самостоятельно первую аппендэктомию или в конце второго года обучения в ординатуре, или же в первичном хирургическом коллективе уже являясь членом практического здравоохранения. Аппендэктомию при остром аппендиците является предиктором профессионализации начинающего хирурга, она всегда выполняется по абсолютным показаниям в экстренном порядке. Не каждый хирург, получивший право на самостоятельную клиническую практику, имеет достаточный опыт выполнения стандартной аппендэктомии. Подавляющее число начинающих хирургов (78,7%) приходят в клинику без опыта выполнения, зачастую не сложных, рутинных операций. Находясь в условиях экстренной хирургической практики, начинающий хирург выходит из зоны комфорта, при этом резко растет кривая стресса. Ситуация усугубляется при необходимости выполнить лапароскопическое вмешательство при остром аппендиците. Хотим подчеркнуть, не один начинающий хирург потерял интерес к хирургии вследствие тяжелейшего эмоционального стресса, связанного с неожиданной ранней релапаротомией по поводу осложнений аппендэктомии. Тем более, если при этом им была допущена диагностическая, тактическая или техническая ошибка, повлекшая смерть больного. Отсутствие опыта самостоятельных операций у значительного количества начинающих хирургов имеет целый ряд как объективных, так и субъективных причин. Во-первых, согласно действующему законодательству, в нашей стране право самостоятельно оперировать есть у лиц, имеющих диплом врача и сертификат специалиста или лицензию (Ст. 59. Основ законодательства РФ об охране здоровья граждан). Этот аспект должен рассматриваться как позитивное обстоятельство с точки зрения концепции безопасности пациентов. И в тоже время, он существенно тормозит профессионализацию обучающегося хирургии. Во-вторых, несмотря на существование негласного института наставничества в хирургической среде, как части традиции «советской» хирургической школы, происходит рассогласование приоритетов профессиональной ориентации у старшего, среднего и младшего поколения хирургов. У первых мотивация имеет социально-психологическую детерминацию, вторых – экономическую, третьих – социально-экономическую. Зачастую причина не желая активно делиться знаниями и навыком с молодыми коллегами кроется в особенностях профессиональной конкуренции в условиях рыночной экономики. В свою очередь, императив «не учить нельзя, а учить не выгодно» тормозит профессиональное становление начинающего хирурга. Во многих хирургических коллективах, занятых профессионализацией начинающих хирургов отношения «учитель-ученик» формируются не на основе продуктивных субъект-субъектных связей, а устанавливаются формально на основе иерархии с акцентом на асимметрию прав и обязанностей. Выводы. Полученные предварительные результаты, на примере такого достаточно рутинного оперативного вмешательства, как аппендэктомию, демонстрируют имеющиеся на сегодняшний день недостатки в подготовке начинающих хирургов. Достаточно большое количество начинающих хирургов, получив сертификат специалиста (в перспективе свидетельство об аккредитации и лицензию), что называется, вынуждены учиться на реальном пациенте. При этом, приступая к самостоятельной практической деятельности, хирурги сталкиваются со значительными трудностями, связанными с невозможностью применить свои навыки в конкретной клинической ситуации,

что обусловлено отсутствием опыта работы на «живых» тканях и боязнью нанести вред пациенту. Значительный эмоциональный стресс, который испытывает начинающий хирург, из-за отсутствия достаточного уровня компетентности, в связи с несовершенством пройденной подготовки, может явиться весомой причиной снижения интереса к хирургии, а в ряде случаев уходу из профессии или отказу от оперативной деятельности. Желание хирургов старшего поколения, как правило, представителей советской хирургической школы, повысить мотивацию к хирургии у наиболее заинтересованных и перспективных обучающихся, доверяя им самостоятельное выполнение даже аппендэктомии, не имеет юридического основания. Таким образом, в медицинском образовании, несмотря на продолжающиеся реформы, которые казалось бы, должны привести к улучшению ситуации, имеется ряд проблем требующих незамедлительного стратегического решения. Качественная подготовка начинающего хирурга не мыслима без сопровождения учебного процесса полным арсеналом современных обучающих технологий (муляжи, тренажеры, кадаверный материал, «живая хирургия» на лабораторных животных в учебных операционных в условиях вивария). Именно это позволит начинающему хирургу преодолеть дистанцию между тренажером и реальной клинической ситуацией. Весомым шагом на пути повышения качества подготовки хирургов могло бы стать обсуждение возможности стандартизации обучения, создания национальных образовательных рекомендаций с учетом мнения экспертов Российского общества хирургов. Поскольку хирургическое мастерство основано на принципе: демонстрация-разбор-осмысление и передается от учителя к ученику, крайне важно создание (реабилитация) системы наставничества, как официального социального института в профессиональном хирургическом сообществе, с юридическим закреплением статуса наставников и созданием нормативно-правой базы. На наш взгляд, именно наставничество, как способ профессионального сопровождения, позволит повысить качество подготовки начинающих хирургов и ускорит время их профессиональной социализации и, в конечном счете, обеспечит хирургическую безопасность пациентов. Рекомендации. Поддержать наметившийся междисциплинарный вектор изучения вопросов профессиональных возможностей и рисков в деятельности начинающих хирургов. С целью дидактической детализации обстоятельств, препятствующих профессионализации начинающих хирургов необходимо провести более детальный интерактивный опрос с выявлением следующих позиций: где студентами, интернами/ординаторами и начинающими хирургами выполнялись первые аппендэктомии, т.е. выяснить статус и мощность медицинского учреждения (университетская клиника, центральная районная больница и т.п.); кто выступал в роли наставника и/или ассистента. В профессиональном хирургическом сообществе стоит обсудить вопрос возможности создания национальной доктрины подготовки хирургов, которая позволит повысить качество подготовки врачей хирургических специальностей, что в свою очередь сделает хирургические вмешательства в исполнении начинающих хирургов более безопасными с позиции концепции безопасности пациентов.

95. ПРИМЕНЕНИЕ ЛАЗЕРНОЙ ДОППЛЕРОВСКОЙ ФЛОУМЕТРИИ ДЛЯ ОЦЕНКИ МИКРОЦИРКУЛЯЦИИ ТОЛСТОЙ КИШКИ ПРИ ОПУХОЛЕВОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ

Засорин А.А., Максимова К.И.

Екатеринбург

ГБОУ ВО УГМУ Минздрава РФ

Введение. Проблема осложненного колоректального рака остается актуальной неотложной хирургии. Симптомами кишечной непроходимости осложняется 50-70% рака толстой кишки, а у 20% пациентов заболевание манифестирует этими симптомами. При консервативном разрешении кишечной непроходимости (компенсированная и субкомпенсированная степень) и операбельности процесса. Решение вопроса о возможности наложения первичного анастомоза по причине сопутствующей сосудистой патологии (атеросклероз, диабетическая ангиопатия) зачастую затруднено для практикующего хирурга. При отсутствии данных о кровообращении мезентериальных в мезентериальных сосудах риск несостоятельности наложенного межкишечного анастомоза будет значительно выше. Исходя из этого возникает необходимость в использовании дополнительных методах оценки жизнеспособности пораженного участка толстой кишки. Одним из таких методов является метод компьютеризированной лазерной доплеровской флоуметрии (ЛДФ). Цель исследования: оценка состояние микроциркуляции стенки толстой кишки для решения вопроса о формировании первичного анастомоза у пациентов с колоректальным раком пожилого и старческого возраста при компенсированной и субкомпенсированной непроходимости. Материал и методы исследования. В исследование вошли 20 больных, прооперированных в 1 хирургическом отделении НУЗ «Дорожная больница на ст. Свердловск-Пассажирский ОАО «РЖД» в 2016 году. Критерии включения в группу исследования - больные старше 65 лет с толстокишечной непроходимостью на стадии компенсации и субкомпенсации, с подтверждённым раком ободочной и сигмовидной кишки в анамнезе. У всех пациентов кишечная непроходимость была купирована в течение суток консервативными мероприятиями. Микроциркуляторное русло кишечника исследовали интраоперационно у 20 пациентов на аппарате «Анализатор капиллярного кровотока лазерный ЛАКК-01 с программным обеспечением» научно-производственного предприятия «Лазма» (г. Москва, Российская Федерация). Полученные результаты сравнивались со средними показателями группы сравнения (20 пациентов аналогичного возраста) [1, 2]. Результаты исследования и их обсуждение. При исследовании показателя индекса эффективности микроциркуляции (ИЭМ) у пациентов группы сравнения были получены значения $1,1 \pm 0,07$, которые принимались за норму. Первичный анастомоз накладывался при показателях 1,03 и выше. При показателях ИЭМ менее 1,02 первичный анастомоз не выполнялся. В нашем исследовании у 18 пациентов средний показатель ИЭМ на уровне предполагаемой линии резекции составил $1,06 \pm 0,1$. В двух случаях показатель ИЭМ был $0,81 \pm 0,16$, что заставило воздержаться от наложения первичного анастомоза. На основании внешних признаков (цвет, наличие пульсации и перистальтики) во всех 20 случаях участки толстой кишки на уровне предполагаемой линии резекции были признаны жизнеспособными. Оценивая полученные результаты, мы пришли к выводу, что значительно сниженный уровень перфузии в сравнении с верхней границей

нормы связан с наличием у пациентов старше 65 лет облитерирующего атеросклероза, поражающего, в том числе, и брыжеечные артерии (во всех 20 случаях на этапе предоперационной подготовки больным была выполнена КТ-ангиография с оценкой верхней и нижней брыжеечной артерии). В 2 случаях значительно сниженной перфузии по результатам КТ-ангиографии был подтвержден гемодинамически значимый стеноз нижней брыжеечной артерии более 50%, в связи с чем в данных случаях было решено воздержаться от формирования первичного анастомоза. Вывод. Метод ЛДФ интраоперационно позволяет оценить возможность формирования первичного анастомоза, но в сочетании с другими методами оценки кровоснабжения предполагаемого уровня формирования межкишечного анастомоза.

96.АНТИБАКТЕРИАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ ВТОРИЧНОМ РАСПРОСТРАНЕННОМ ПЕРИТОНИТЕ: РЕЗУЛЬТАТЫ МНОГОЦЕНТРОВОГО МИКРОБИОЛОГИЧЕСКОГО МОНИТОРИНГА

Самарцев В.А. (1), Кузнецова М.В. (1), Проворова С.В. (2), Кузнецова М.П. (1).

Пермь

- 1) ФГБОУ ВО "ПГМУ им. ак. Е.А. Вагнера" Минздрава РФ,
- 2) Бактериологическая лаборатория ООО "ПРО-МЕД"

Актуальность. Осложненные интраабдоминальные инфекции (ИАИ) в современной хирургии являются одной из наиболее сложных проблем для эффективного лечения, что обусловлено тяжестью состояния пациентов, высоким риском летальных исходов, а также полимикробной этиологией. Наиболее часто встречающейся ее формой является вторичный перитонит. Благоприятный исход зависит не только от своевременного и адекватного хирургического вмешательства, но и от выбора эффективного антибактериального препарата и схемы лечения. Знание спектра доминантных микроорганизмов и их антибиотикочувствительности увеличивает возможность адекватной этиотропной терапии у конкретного пациента до получения результатов бактериологического исследования. Цель исследования – улучшение результатов лечения пациентов с вторичным перитонитом путем адекватного подбора антибактериального препарата с учетом спектра и антибиотикочувствительности возбудителей вторичного перитонита в хирургических стационарах. Материалы и методы. Проведен ретроспективно-проспективный анализ результатов лечения 162 пациентов с острыми хирургическими заболеваниями органов брюшной полости, осложнившимися развитием распространенного вторичного перитонита. Все пациенты находились на лечении в хирургических отделениях и ОРИТ четырех крупных многопрофильных стационаров г. Перми в 2011 – 2016 г. Во время первичного хирургического вмешательства у всех пациентов был взят выпот из брюшной полости с целью дальнейшего бактериологического исследования и определения спектра чувствительности микроорганизмов к антибактериальным препаратам.

Эмпирическая антибактериальная терапия проводилась с учетом наиболее распространенной выделенной микрофлоры и ее чувствительности к антибактериальным препаратам. Результаты исследования. Положительные высевы составили 54,3% (n=88). Всего выделено 120 бактериальных культур. Спектр микроорганизмов был разнообразен: выделенные микроорганизмы отнесены к 24 видам с существенным преимуществом грамотрицательных бактерий (72,50%) над грамположительными (20,83%). Грибы рода *Candida* составили почти 7%. Доминирующими видами были *E. coli* (35/29,3%), *Klebsiella* spp. (17/14,2%) и *P. aeruginosa* (13/10,8) – их совокупная доля составила более 50% от всех выделенных бактерий. Из грамположительных микроорганизмов часто выделяли представителей родов *Staphylococcus* (10%) и *Enterococcus* (8,3%). В 60 (68,2%) случаях возбудителем являлась монокультура микроорганизмов, в 28 (32,5%) – были выявлены 2-х компонентные (87,2%) и 3-х компонентные (12,8%) ассоциации бактерий. Состав ассоциаций был чрезвычайно разнообразным (32 варианта), в которых *E. coli* (n=17; p=0,0120) и *P. aeruginosa* (n=9; p=0,0282) встречались чаще других. Представители таксонов *Klebsiella* spp. и *Enterococcus* spp. входили в полимикробные сообщества по шесть раз. *E. coli* с одинаковой частотой выделялась как моно-, так и в смешанной культуре, тогда как *Klebsiella* spp. изолировали чаще как единственный возбудитель (17 раз против 7), а *P. aeruginosa*, как ассоциант (9 против 4). Доля штаммов, устойчивых к гентамицину/амикацину и ципрофлоксацину, для *E. coli* составила 22,9% и 25,7%, для *Klebsiella* spp. – 47,1% и 41,2% соответственно. У последних отмечена высокая резистентность к бета-лактамам антибиотикам (на уровне 40%). Наиболее активными антибактериальными препаратами в отношении исследованных штаммов вышеназванных таксонов оставались карбапенемы (имипенем и меропенем), к которым не было выявлено ни одного случая устойчивости. Наоборот, из 13 штаммов *P. aeruginosa* 6 (46,2%) культур оказались устойчивы к меропенему и 7 (53,8%) – к имипенему. Выводы. Таким образом, мониторинг возбудителей осложненной интраабдоминальной инфекции обеспечивает адекватную стартовую антибактериальную терапию у пациентов с распространенным вторичным перитонитом.

97. ПРОФИЛАКТИКА ИНФЕКЦИИ ОБЛАСТИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА В СОВРЕМЕННОЙ ГЕРНИОЛОГИИ

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

Пермь

ФГБОУ ВО ПГМУ им. академика Е.А. Вагнера Минздрава России

Инфекция области хирургического вмешательства (ИОХВ) - это инфекция, возникающая не позднее 30 дней после операции при отсутствии имплантата или в течение 90 дней, если имплантат был установлен и инфекция связана с разрезом (ВОЗ, 2014). Риск развития ИОХВ после герниопластики зависит от места расположения сетчатого имплантата относительно

слоев передней брюшной стенки: для inlay составляет 31.3% случаев, для onlay - 16.9% случаев, для sublay - 3.7% случаев, для IPOM - 16.7% случаев (J.L. Holihan с соавт., 2016) Использование лапароскопических технологий позволяет снизить риск инфицирования до 3.6% случаев. Основными источниками инфицирования сетчатого имплантата при герниопластике являются кожные покровы пациента и рук хирурга. В 81% случаев возбудителем являются *Staphylococcus aureus* и *Staphylococcus epidermidis*. Из них в 52% случаев возбудителем является метициллин-резистентный *S. aureus* (MRSA) (W.S. Cobb с соавт., 2009). Сразу после адгезии на поверхность имплантата многие бактерии обладают способностью формировать сложные полимикробные биопленки. В настоящее время основным методом профилактики ИОХВ в герниологии является системное использование антибактериальных препаратов. Однако, множество проведенных исследований высокого уровня доказательности выявили отсутствие статистически достоверных положительных результатов. Учитывая, что ключевым этапом инфицирования поверхности является адгезия микроорганизмов, которая проходит неспецифическую фазу и высоко чувствительна к внешним факторам, одной из альтернатив может быть кратковременное погружение имплантата в раствор антибиотика или антисептика при герниопластике. Цель работы - снижение частоты ИОХВ при различных видах герниопластики с помощью кратковременной экспозиции сетчатых имплантатов в растворах биоцидов. Материалы и методы. В экспериментальном исследовании проведена оценка роста референтного штамма *S. aureus* ATCC® 25923 и клинических штаммов *S. aureus* (n=5) и *S. epidermidis* (n=4) на двух сетчатых имплантатах: макропористый полиэфестеровый и микропористый полипропиленовый, обработанных одним из растворов биоцидов: 0,89% NaCl (контроль), 0,5% раствор хлоргексидина биглюконата - ХГ, раствор амоксиклава (100 мкг/мл) - АМК, раствор ванкомицина (100 мкг/мл) - ВАН. Эксперименты по контаминации сетчатых имплантатов стафилококками проводили двумя способами: на твердой и жидкой LB-средах. Инкубирование проводили в течение 6, 24 и 48 часов. Результаты на плотной среде оценивали по коэффициенту, рассчитанному как отношение площади зоны ингибирования роста к площади фрагмента, на жидкой среде - путем измерения оптической плотности клеток, числу колониеобразующих единиц и данных микроскопии. Проведено ретроспективно-проспективное исследование 106 пациентов с вентральными и послеоперационными грыжами, оперированные на базе хирургического отделения ГАУЗ ПК ГКБ №4 г. Перми. Группа исследования (n=42) состояла из 3 подгрупп в зависимости от оперативного вмешательства: 1 - операция Лихтенштейна (n=19); 2 - герниопластика sublay (n=16); 3 - герниопластика TAR (по Новицкому) (n=7). Всем этим больным во время операции проводилась 10-минутная экспозиция сетчатого имплантата в 0,5% водно-спиртового раствора хлоргексидина биглюконата. Контрольная группа (n=64) представлена ретроспективной выборкой больных с соответствующими операциями. Оценка результатов проводилась при помощи клинического осмотра, УЗИ мягких тканей области послеоперационного рубца на 3, 7 и 14 сутки, для пациентов 3 подгруппы - КТ органов брюшной полости и передней брюшной стенки с 3D рендерингом на 14 сутки. Полученные результаты. В эксперименте на агаризованной среде без предварительной обработки биоцидами газонный рост культур стафилококков был как вокруг, так и в пределах фрагментов обоих имплантатов. Для макропористого имплантата антибактериальный эффект выявлен в комбинации как с ХГ, так и АМК – для всех групп стафилококков. При экспозиции фрагмента с ВАН коэффициент был наименьшим. Для макропористого имплантата подавление роста бактерий в обеих группах стафилококков

выявлено как в комбинации с ХГ, так и с АМК, в комбинации с ВАН – только для *S. aureus*. В экспериментах по адгезии бактерий на поверхности обоих имплантатов в суспензионной культуре клетки обоих стафилококков адгезировались уже через 6 часов. Через сутки их количество достоверно увеличилось и сохранялось на этом уровне в течение 48 часов. Для макропористого имплантата в комбинации с ХГ и АМК в течение 2-х суток не были контаминированы бактериями. В варианте с ВАН клетки обоих стафилококков адгезировались на поверхности фрагментов уже через 24 часа, но их количество было достоверно меньше, чем в контроле. Для микропористого имплантата адгезия бактерий зарегистрирована только в группе контроля. При моделировании условий высокого бактериального обсеменения в комбинации обоих имплантатов с ХГ отмечена устойчивость к колонизации бактерий в течение 48 часов. В клиническом исследовании получены следующие данные. Для пациентов после операции Лихтенштейна в группе исследования случаев ИОХВ не зафиксировано, в группе контроля отмечено у 2 (7,1%) пациентов, $p < 0,05$. Для пациентов после герниопластики *sublay* отмечены схожие результаты. В группе исследования эпизоды ИОХВ отсутствовали, в группе контроля - у 2 (7,7%) пациентов, ($p < 0,05$). В подгруппе пациентов после герниопластики TAR и абдоминопластики у 1 (3,70%) больной из группы контроля с рецидивной послеоперационной вентральной грыжей и сопутствующими метаболическим синдромом, морбидным ожирением III степени и сахарным диабетом 2 типа развился краевой некроз кожи, в группе исследования у 1 (3,70%) больного сформировалась ретромускулярная гематома ($p > 0,05$). Выводы. Таким образом, доказано, что без обработки биоцидами различных по структуре хирургических сетчатых имплантатов, бактерии *S. aureus* и *S. epidermidis* адгезируются на поверхности каждого уже через несколько часов. Кратковременная экспозиция сетчатых имплантатов в 0,5% растворе хлоргексидина биглюконата сопровождалась достоверным ингибированием адгезии стафилококков к их поверхности, что может быть использовано для снижения риска развития ИОХВ в современной герниологии. Исследование выполнено при финансовой поддержке гранта Российского фонда фундаментальных исследований (проект 15-08-08247 А).

98. ПОЛИМОРФИЗМ НЕКОТОРЫХ ГЕНОВ СИСТЕМЫ ГЕМОСТАЗА ПРИ ОСТРОМ ПАНКРЕАТИТЕ РАЗЛИЧНОЙ ТЯЖЕСТИ

*Трофимов В.А., Власова Т.И., Аль-Кубайси Ш-А.С., Власов А.П.,
Трофимов А.В., Мышкина Н.А.*

Саранск

МГУ им. Н.П. Огарева

Актуальность. Гиперкоагуляция, активация тромбоцитов и повреждение сосудистой стенки поджелудочной железы, возникающие на первой фазе развития острого панкреатита, формируют предтромботическое состояние и склонность к развитию микротромбозов

сосудов органа и разных панкреатических осложнений. Цель. Исследовать генетические факторы свёртывающей системы и их ассоциацию с различными формами острого панкреатита. Материалы и методы. Диагноз был установлен на основании российских клинических протоколов по порядку проведения клинических, диагностико-лечебных и профилактических мер острого панкреатита (ОП). Обследуемые пациенты ОП были сгруппированы по трем категориям (по n=40): легкий (ЛОП); неинфицированный тяжелый (НИТОП); инфицированный тяжелый ОП (ИТОП). ДНК выделяли из венозной крови пациентов при наличии информированного согласия и анализировали с помощью набора реагентов (ЗАО «Синтол», М.). Исследуемые локусы генов PAL-1 (5G/4G-675) и ITGA2 (C807T)), анализировали с помощью CFX96 Touch™ Real-Time PCR Detection System. Результаты и обсуждение. У пациентов с тяжелым ОП (НИТОП и ИТОП) аллель А гена PAL-1 (5G/4G-675) достоверно ассоциирован с риском развития тромбоза сосудов поджелудочной железы и прогрессирования заболевания (($\chi^2 = 2,79$, $p = 0,1$), (OR = 1,61, 95% CI (0,92 – 2,84)) и (($\chi^2 = 4,92$, $p = 0,03$), (OR = 1,91, 95% CI (1,07 – 3,38)), а у больных с легким ОП ассоциации данного аллеля с заболеванием не выявлено ($\chi^2=0,90$, $p=0,34$). У пациентов с легким ОП достоверно выявлена высокая ассоциация генотипа 5G/4G (5G/4G-675) с риском нарушения микроциркуляции панкреатических сосудов (($\chi^2 = 6,01$, $p = 0,05$), OR = 2,36, 95% CI (1,06 – 5,23)). Однако у пациентов с НИТОП и ИТОП выявлена достоверная ассоциация генотипа 4G/4G (5G/4G-675) с развитием тромбоза сосудов поджелудочной железы и прогрессирования течения заболевания (($\chi^2 = 5,58$, $p = 0,06$), (OR = 2,41, 95% CI (1,08 – 5,37))) и (($\chi^2 = 4,28$, $p = 0,12$), (OR = 1,97, 95% CI (1,89 – 4,39)). Показана ассоциация аллеля Т гена Gp1a (ITGA2 (C807T)) как у пациентов с легким ОП (OR = 1,95, 95% CI (1,12 – 3,40)), так и у пациентов с НИТОП (($\chi^2 = 4,02$, $p = 0,05$), (OR = 1,76, 95% CI (1,01 – 3,07))) с повышенной частотой тромбогеморрагических нарушений в микрососудах поджелудочной железы. В сравниваемых выборках выявлены различия частот генотипов С/Т и Т/Т у пациентов с легким панкреатитом по сравнению с донорами ($\chi^2 = 7,36$, $p = 0,03$). Для генотипа С/Т OR = 2,07, 95% CI (0,94 – 4,55), для генотипа Т/Т OR = 1,52, 95% CI (0,61 – 3,76). У пациентов с тяжелым панкреатитом выявлена ассоциация генотипа С/Т с прогрессированием течения заболевания (($\chi^2 = 2,63$, $p = 0,27$), (OR = 1,61, 95% CI (0,84 – 3,03)). Выводы. Показано, что у пациентов с легким ОП преобладающим является генотип Т/Т ITGA2 (C807T), а у пациентов с ТОП (НИТОП и ИТОП) преобладает генотип 4G/4G PAL-1 (5G/4G-675). Достоверно определено влияние генетических мутации PAL-1, и ITGA2 на тяжесть ОП, включая развитие тромбоза сосудов ПЖЖ и прогрессирование течения ОП.

**99.ВЛИЯНИЕ ИНСУФЛЯЦИИ УГЛЕКИСЛОГО ГАЗА НА ТЕЧЕНИЕ
ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА. КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ**

Лукашев М.В., Кульминский А.В., Малинкин А.В.

Верхняя Пышма

ГБУЗ СО "Верхнепышминская ЦГБ им. П.Д. Бородина".

Клинический случай лечения пациентки Н. 75 лет с диагнозом: ПХЭС. Вклиненный камень БДС? Механическая желтуха. Острый билиарный панкреатит, среднетяжелое течение. В неотложном порядке выполнены ЭРХПГ, ЭПСТ, литоэкстракция. В процессе проведения процедуры ошибочно произведена инсуффляция углекислого газа в главный панкреатический проток. В ближайшем послеоперационном периоде отмечен полный клинический и лабораторный регресс проявлений острого панкреатита. Получен клинический и лабораторный эффект, превышающий наши ожидания. Катетеризация Вирсунгова протока с последующей инсуффляцией углекислого газа выполнена 9 пациентам с острым панкреатитом, среднетяжелого и тяжелого течения, разной этиологии, в сроки не превышающими 24 часа от начала заболевания. Во всех наблюдениях нами отмечен схожий клинический эффект. С учетом положительного опыта применения данной методики считаем возможным продолжить изучение влияния инсуффляции углекислого газа на течение острого панкреатита.

**100.ОДНОРЯДНЫЙ НЕПРЕРЫВНЫЙ ШОВ В АБДОМИНАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ:
ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНО-КЛИНИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ**

Самарцев В.А., Гаврилов В.А., Словилов С.В., Паршаков А.А.

Пермь

ФГБОУ ВО «Пермский государственный медицинский университет
им. академика Е.А. Вагнера Минздрава России, ГАУЗ ПК ГКБ№4

По имеющейся статистике в абдоминальной хирургии до 35% лапаротомий осложняются послеоперационными грыжами в отдаленном послеоперационном периоде, особенно при наличии у пациента факторов риска (наличие системной дисплазии соединительной ткани, аневризмы брюшного отдела аорты и др.). В 2015 году опубликованы рекомендации Европейского общества герниологов (EHS), где для ушивания апоневроза представлена техника «мелких байтов». Сегодня в России существует и постоянно разрабатывается множество авторских вариантов ушивания лапаротомных ран и наложения межорганых анастомозов. Важным направлением профилактики местных осложнений в раннем и позднем послеоперационном периодах является применение хирургических нитей с

антибактериальным покрытием, однако в зарубежной литературе рекомендации по их применению публиковались нечасто. В 2016 году после многоцентрового анализа ВОЗ предложила использовать шовный материал, покрытый триклозаном, с целью снижения риска инфекций области хирургического вмешательства, независимо от вида операции. Цель исследования – улучшение результатов оперативного лечения хирургических заболеваний органов брюшной полости за счет дифференцированного использования техники однорядного непрерывного хирургического шва. Материалы и методы. Работа выполнена на кафедре общей хирургии №1 ФГБОУ ВО ПГМУ им. ак. Е.А. Вагнера Минздрава РФ на базе хирургического отделения ГАУЗ ПК ГКБ №4. Проведено биомеханическое моделирование швов передней брюшной стенки с использованием результатов оригинального экспериментального исследования механических и реологических свойств современных хирургических шовных материалов. Построены математические модели узлового и непрерывного швов, в которых рассчитаны напряжения в области контакта нитей с тканью апоневроза, а также оптимальные характеристики непрерывного шва с помощью программного пакета конечно-элементного анализа ANSYS. Данные математического анализа применялись для экспериментального сравнения узлового и непрерывного швов передней брюшной стенки у 30 лабораторных животных. Результаты экспериментального исследования внедрены в работу хирургического отделения ГАУЗ ПК ГКБ №4 в 2010 году. Проведен ретроспективно-проспективный анализ результатов лечения 435 пациентов с патологией органов брюшной полости, требующей хирургического лечения. Основную группу составили 208 (47,8 %) пациентов, где использовались современные технологии шва и профилактики ИОХВ, группу сравнения – 227 (52,2 %). Также в основной группе были наложены толсто-толстокишечные и билиодигестивные анастомозы по предложенным оригинальным методикам (свидетельства на рацпредложения №2565 от 27.01.2012, №2564 от 27.01.2012). Остальные виды межорганых соустьев накладывались однорядным непрерывным швом. Для ушивания апоневроза передней брюшной стенки использовались длительно-рассасывающиеся петлевые нити с антибактериальным покрытием, накладывался непрерывный шов с анкерными узлами через каждые 5-6 сантиметров (рац.предложение №2579 от 03.04.2012). В основной группе местные специфические послеоперационные осложнения отмечены у 5 (2,4 %) пациентов. В группе сравнения – у 34 (15,0%) пациентов. Выводы. Применение однорядных анастомозов, непрерывного шва апоневроза с помощью современных синтетических шовных материалов с антибактериальным покрытием в абдоминальной хирургии в сочетании с усовершенствованной концепцией профилактики инфекции области хирургического вмешательства позволило снизить риск послеоперационных гнойно-септических осложнений с 15,0 до 2,4 %. Исследование выполнено при финансовой поддержке гранта Российского фонда фундаментальных исследований (проект 15-08-08247 А).

101. ГЕПАТОДЕПРЕССИЯ В ПРОГРЕССИРОВАНИИ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА И ВОЗМОЖНОСТИ ЕЕ КОРРЕКЦИИ

*Морозова М.М., Малахова О.С., Романов А.С., Мышкина Н.А.,
Кузнецов В.С., Мишина А.И.*

Саранск

МГУ им. Н.П. Огарёва

Актуальность. Проблема коррекции хирургического эндотоксикоза остается актуальной на протяжении нескольких десятилетий, что подтверждается количеством и разнонаправленностью исследований по этой теме. Выраженность синдрома эндогенной интоксикации определяется не только интенсивностью поступления токсических субстанций в кровотоки из органа поражения, но и адекватностью функционирования основных органов детоксикационной системы, особенно печени. Известно, что одной из главных причин высокой летальности при острой абдоминальной хирургической патологии является острая печеночная недостаточность. Цель. Исследовать ряд функциональных показателей печени при различной тяжести острого панкреатита; определить возможные пути коррекции (профилактики) гепатодепрессии. Материалы и методы. Проведено клинико-лабораторное исследование больных острым панкреатитом различной тяжести: легкий (n=15); неинфицированный тяжелый (n=30); инфицированный тяжелый (n=15). В второй группе больных (n=15) проводили лазерную и метаболическую терапию с применением ремаксолола. 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 печеночный кровоток и 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 остром перитоните 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 при тяжелом воспалении поджелудочной железы, сопровождалась 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 гемодинамики в микроциркуляторном русле показало, что при остром тяжелом панкреатите в маркерных точках отмечается нарушение микрогемодинамики третьей степени. При этом выявлено нарушение органной гемодинамики. Применение во второй группе больных лазерной (надсосудистой) и метаболической терапии ремаксололом (по 400,0 мл внутривенно капельно) позволило существенным образом корригировать (препятствовать прогрессированию) функционального

состояния печени при тяжелом панкреатите. В основе эффекта такого рода терапии лежали ее способности улучшать гемодинамические и метаболические показатели. Выводы. Показано, что у пациентов острым панкреатитом расстройство функционального состояния печени возникает быстро и сопряжено с тяжестью патологии. Применение лазерной и метаболической терапии у больных острым тяжелым панкреатитом целесообразно в купировании гепатодепрессии.

102. ПРОГРАММИРОВАННЫЕ И ВЫНУЖДЕННЫЕ РЕЛАПАРОТОМИИ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ТЯЖЕЛЫМ РАСПРОСТРАНЕННЫМ ПЕРИТОНИТОМ: ДЕФИНИЦИЯ И РЕГЛАМЕНТАЦИЯ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ

Лысак М.М. (1), Дарвин В.В.(1), Краснов Е.А.(2)

Сургут

- 1) Сургутский государственный университет,
- 2) Сургутская окружная клиническая больница

Актуальность проблемы: В настоящее время в целях улучшения результатов хирургического лечения распространенного перитонита, большое внимание уделяется методу программированных релапаротомий (ПРЛ). Частота ПРЛ колеблется в различных клиниках от 15 до 37%, летальность от 17,3 до 71,6%. При понимании того факта, что ПРЛ должны использоваться в строгом соответствии с тяжестью наносимой травмы и ожидаемой пользой, единые показания к выполнению ПРЛ окончательно еще не определены, разноречивы показания для продолжения либо завершения ПРЛ, что свидетельствует об отсутствии четко определенных критериев окончания программы санаций. При этом вынужденные релапаротомии «по требованию», при прогрессировании перитонита и развитии послеоперационных внутрибрюшных осложнений осуществляются при явных признаках интраабдоминальной инфекции и с опозданием, что приводит к увеличению летальности в 2–3 раза. Цель исследования – оценить эффективность применения программированных релапаротомий в лечении распространенного перитонита на основе анализа собственного опыта применения данной технологии. Материалы и методы. Мы проанализировали опыт лечения 530 больных с распространенным перитонитом. Релапаротомия по требованию выполнена у 58 (10,9%) больных. После экстренной релапаротомии программа санационных релапаротомий начата у 28,5%. У 165 (31,7%) с распространенным перитонитом применена технология ПРЛ. Показания к этапному хирургическому лечению определяли на основании сочетания субъективных и объективных параметров: фаза перитонита, характер воспалительного экссудата (фибринозно-гнойный, каловый, гнилостный), невозможность одномоментной эффективной санации и устранения источника перитонита (временные ограничения, техническая невозможность), исходный уровень интраабдоминального давления более 20 см вод.ст. Значения Мангеймского индекса перитонита варьировали от 25

до 47 баллов, среднее значение в группе 36 + 4 балла. У всех пациентов применена широкая срединная лапаротомия. После ревизии брюшной полости, ликвидации или временного отграничения источника перитонита производили санацию брюшной полости. Первую релапаротомию по программе у 75,7% пациентов осуществляли через 24 часа, у 24,3% - через 36-48 час. Число и интервал между последующими повторными санациями определяли индивидуально, но, как правило, через 48 час. Для контроля за возможностью развития послеоперационного компартмент-синдрома применяли интра-и послеоперационный интраабдоминальный тонометрический мониторинг. Интраабдоминальная тонометрия использовалась как предиктор более ранней (чем запланирована) релапаротомии: при повышении внутрибрюшного давления более 15 см вод. ст. в интервале между релапаротомиями мы корректировали временной интервал запрограммированной релапаротомии, выполняя более раннюю релапаротомию. На 1 пациента в среднем приходилось 4,2 запрограммированных санаций. Каждый этап включал в себя ревизию, санацию брюшной полости путем многократных промываний, установку дренажей. Результаты: Несостоятельность швов с формированием свища отмечена у 2 больных (6,2%). Нагноение операционных ран отмечено у 8 больных (12,1%), поздние абсцессы брюшной полости – у 2 (3,0%). Общая летальность у больных с РГП 31,9 % - умерло 169 из 530 больных. В группе программированных релапаротомий летальность 25,9% и была статистически достоверно ниже, чем в группе однократных лапаротомий - 36,0% ($p < 0,05$), а так же значительно ниже – на 12,9%, чем в группе релапаротомий по требованию - 38,7% ($p < 0,05$). Заключение: Решение проблемы лечения больных с распространенным перитонитом сопряжено со стандартизацией принципиальных тактических решений, при этом пролонгированная санация брюшной полости путем выполнения запрограммированных релапаротомий при тяжелых формах перитонита является центральным элементом лечебной программы, позитивно влияя на качественные параметры оценки ближайших результатов.

103. ВЫБОР ТАКТИКИ ЛЕЧЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ХОЛАНГИТОМ И БИЛИАРНЫМ СЕПСИСОМ НА ФОНЕ ХОЛЕЦИСТОХОЛЕДОХОЛИТИАЗА

Корольков А.Ю., Попов Д.Н., Танцев А.О., Китаева М.А.

Санкт-Петербург

ПСПбГМУ им.акад.И.П.Павлова, НИИ Хирургии и неотложной медицины

Введение. На сегодняшний день желчнокаменная болезнь (ЖКБ) твёрдо занимает место одного из самых распространённых заболеваний в популяции (до 20%). При развитии её осложнений, наиболее частым (до 70%) субстратом билиарной гипертензии является холецистохоледохолитиаз. При наличии множества различных подходов к лечению сочетанного холецистохоледохолитиаза в настоящее время нет единого мнения о приоритетном использовании какой-либо из методик. Цель. Улучшить результаты лечения больных с

механической желтухой, острым холангитом и билиарным сепсисом на фоне холецистохоледохолитиаза. Материалы и методы. : С 2013 по 2017 год в клинике НИИ хирургии и неотложной медицины ПСПбГМУ им.акад.И.П.Павлова было пролечено 128 пациентов с холецистохоледохолитиазом. Средний возраст больных составил 64,9 лет, среди них было 83 (64,8%) женщины и 45 (35,2%) мужчин. На основании результатов обследования пациенты были разделены на группы: механическая желтуха - 69 (53,9%) больных, холангит - 43 (33,6%), билиарный сепсис - 16 (12,5%). У 56 (43,7%) пациентов был диагностирован острый холецистит, хронический у 72 (56,3%). Все больные были оперированы, выполнялись следующие оперативные вмешательства: одномоментная комбинированная лапароскопическая холецистэктомия (ЛХЭ) и эндоскопическая папиллосфинктеротомия (ЭПСТ) - 55 (43,0%), одномоментная комбинированная ЛХЭ и лапароскопическая холедохолитотомия (ЛХЛТ) - 62 (48,4%), у 11 (8,6%) пациентов с билиарным сепсисом было выполнено двухэтапное лечение в объёме ЭПСТ с последующей ЛХЭ. Результаты На основании полученных результатов лечения у пациентов с механической желтухой, холангитом и билиарным сепсисом в подгруппе с острым холециститом, которым выполнялась одномоментная ЛХЭ+ЛХЛТ достоверно отмечалось: более высокая тотальность литоэкстракции (96,0 % против 88,2 %), меньшее суммарное время оперативного вмешательства ($129,1 \pm 10,5$ против $164,8 \pm 14,1$; $p < 0,05$), меньшая частота послеоперационных осложнений (4,0 % против 11,8 %), меньшая длительность анестезиологического пособия ($160,4 \pm 10,8$ против $197,9 \pm 14,5$; $p < 0,05$), меньший койко-день ($6,2 \pm 0,7$ против $8,8 \pm 1,0$; $p < 0,05$) и экономические затраты ($67412,8 \pm 4476,5$ против $85\ 991,6 \pm 6418,1$; $p < 0,05$). Также у больных с хроническим холециститом, которым выполнялась одномоментная ЛХЭ+ЛХЛТ отмечалось: более высокая тотальность литоэкстракции (97,3 % против 90,4 %), меньшее суммарное время оперативного вмешательства ($102,7 \pm 7,2$ против $130,5 \pm 10,8$; $p < 0,05$), меньшая частота послеоперационных осложнений (2,7 % против 9,5 %) , меньшая длительность анестезиологического пособия ($130,8 \pm 12,1$ против $210,4 \pm 18,5$; $p < 0,05$), меньший суммарный койко-день ($6,8 \pm 0,8$ против $9,6 \pm 1,1$; $p < 0,05$) и экономические затраты ($66\ 992,3 \pm 4202,8$ против $85\ 991,6 \pm 6418,1$; $p < 0,05$). Достоверно значимых различий в частоте конверсий и летальности между двумя методиками в обеих подгруппах не определялось. Пациентам ($n=11$) с билиарным сепсисом при невоспаленном желчном пузыре первоначально выполнялось ЭПСТ, с целью купирования билиарной гипертензии, а затем, после стабилизации состояния - ЛХЭ; в случае билиарного сепсиса на фоне острого холецистита ($n=5$) выполнялись одномоментные комбинированные операции. 4 пациентам с хроническим холециститом, ввиду наличия синдрома Mirizzi, и 4 пациентам с острым холециститом, ввиду выраженных инфильтративных изменений, была выполнена интраоперационная конверсия. Выводы: 1. У пациентов с механической желтухой и холангитом, развившимися на фоне холецистохоледохолитиаза, не зависимо от того, воспалён желчный пузырь или нет, допустимо выполнение одномоментного комбинированного оперативного лечения. Предпочтение среди одномоментных вмешательств следует отдавать комбинированной ЛХЭ+ЛХЛТ. 2. В случае билиарного сепсиса, при отсутствии воспаления желчного пузыря, показано выполнение ЭПСТ, направленной на декомпрессию желчных протоков, а после стабилизации состояния больного - ЛХЭ. При билиарном сепсисе протекающем на фоне острого холецистита возможно выполнение комбинированных одномоментных операций.

104. СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ТЕХНИКИ ИНТРАОПЕРАЦИОННОГО ГЕМОСТАЗА ПАРЕНХИМАТОЗНОГО КРОВОТЕЧЕНИЯ В ЛАПАРОСКОПИИ

Акимов В.П. (1), Крикунов Д.Ю. (1), Калинин Е.Ю. (2), Баталов И.Х. (1)

Санкт-Петербург

- 1) ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова», Кафедра хирургии им. Н.Д. Монастырского,
- 2) ГБУЗ Александровская больница

Актуальность: С момента развития хирургии, как отдельной отрасли медицины, перед хирургами стоял вопрос создания надежного гемостаза во время выполнения оперативных вмешательств. Надежная остановка кровотечения при операциях на паренхиматозных органах и создание условий для хорошего заживления кишечного шва являются основными моментами в абдоминальной хирургии. Общепринятой методикой рассечения тканей и гемостаза при лапароскопической холецистэктомии является применение электрокоагуляции, при которой в ряде случаев происходит глубокое проникновение в ткани коагуляционной волны, что вызывает некрозы печеночной паренхимы и формирование коагуляционного струпа, являющегося субстратом для вторичного кровотечения. С 1999 года на клинических базах кафедры хирургии им. Н.Д. Монастырского (СЗГМУ им. И.И. Мечникова) мы активно изучаем возможности использования биополимеров в целях гемостаза. Цель работы. показать возможности новой методики эндоскопического гемостаза ложа желчного пузыря путем аппликации пластины новой формы Тахокомба «TachoSil» при лапароскопической холецистэктомии. Материал и методы. Эффективность использования Тахокомба для адекватного интраоперационного гемостаза была доказана в многочисленных работах профессора В.А. Горского. С начала 1999 года мы использовали данный препарат у 245 пациентов с абдоминальной патологией. В 198 (80,8%) случаях это происходило при экстренных операциях на органах брюшной полости. В плановой хирургии он был применен в 47 (19,2%) случаях, причем в 42 (89,4%) случаях при операциях на паренхиматозных органах. При выполнении лапаротомии проблем с наложением пластины никогда не было. Однако при лапароскопическом доступе в 2/3 случаев возникали технические проблемы с доставкой пластины через порт. Сложно выводить препарат из переходника и манипулировать в брюшной полости, чтобы не повредить клеящую поверхность или даже «раскрошить» пластину. Также представляет трудность определить клеящую поверхность, т.к. иногда нечеткая цветопередача не позволяет на экране монитора отличить желтый цвет от белого. Непросто правильно наложить и плотно фиксировать препарат к раневой поверхности. Аппликация больших пластин (9,5x4,5 см) при лапароскопической операции вообще невозможна без использования специальных инструментов (Эндодок, AMISA). Все это ограничивало его применение в лапароскопии, что приводило к конверсии и лишало больных преимуществ лапароскопического доступа. В 2017 году мы применили специально адаптированную для лапароскопической хирургии «скрученную» форму препарата Тахокомб (TachoSil) в 3 случаях. Для гемостаза при кровотечениях из ложа желчного пузыря в ходе 2 плановых и 1 экстренной лапароскопической холецистэктомии. Полученные результаты. Во всех случаях не возникло проблем с доставкой препарата в брюшную полость, достигнут хороший гемостатический эффект, конверсии доступа не потребовалось, дренаж удален на

следующие сутки, выписка из стационара на 3 сутки. Выводы Таким образом, при лапароскопических операциях, особенно в условиях неотложной хирургии, могут возникнуть проблемы локального гемостаза, когда применение коагуляции неэффективно для остановки возникшего кровотечения или невозможно из-за опасности повреждения крупных сосудов, протоковых систем и стенок полых органов. В подобных ситуациях методом выбора остановки кровотечения может служить аппликация биополимера TachoSil.

105. ИЛЕОСТОМА-ПРИЗРАК, КАК АЛЬТЕРНАТИВА ВРЕМЕННОЙ КОЛО-ИЛЕОСТОМЫ ПРИ ОПЕРАЦИЯХ НА ЛЕВОЙ ПОЛОВИНЕ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ

Добалюк А.В., Дарвин В.В., Онищенко С.В., Лысак М.М.

Сургут

1) БУ ВО ХМАО-Югры Сур ГУ, 2) БУ ХМАО-Югры Сургутская ОКБ

Колоректальный рак (КРР) представляет собой важную проблему современной онкологии. Благодаря широкому распространению современных сшивающих аппаратов, позволяющих выполнять низкие резекции прямой кишки с формированием анастомозов значительно возросло число сфинктеросохраняющих операций с первичным восстановлением толстокишечной непрерывности. Онкологическая обоснованность таких операций доказана многочисленными исследованиями. В то же время частота несостоятельности колоректальных и колоанальных анастомозов остается высокой и составляет, по данным различных авторов, от 6 до 45%. Осложнения, возникающие на фоне несостоятельности анастомозов не только негативно сказываются на конечном результате лечения, но зачастую сопряжены с риском для жизни больного. Для профилактики этих осложнений используют превентивные коло- и илеостомы. В то же время немногочисленные зарубежные и единичные отечественные публикации в этой области свидетельствуют о недостаточном внимании, уделяемом данной проблеме. Отсутствует единая точка зрения по вопросам необходимости формирования, а также выбора вида превентивной стомы, нет четко обозначенных показаний для формирования разгрузочных кишечных стом. Все вышеизложенное послужило поводом к проведению нашего исследования. Цель исследования - показать целесообразность применения илеостомы-призрака при выполнении первично-восстановительных резекций сигмовидной и прямой кишки по поводу рака. Анализ: В течении последних 5 лет в онкохирургическом отделении прооперировано 310 больных с раком сигмовидной и прямой кишки. Мужчин было 156 (50,3%), женщин – 154 (49,7%), средний возраст составил 55,4 + 7,4 г. Локализация злокачественной опухоли: сигмовидная кишка – 129 (41,6%), ректосигмоидный отдел – 57 (18,4%), прямая кишка – 124 (40%). Объем выполненного вмешательства: резекция сигмовидной кишки с анастомозом – 105 (33,8%), передняя резекция прямой кишки с анастомозом – 142 (45,9%), резекция сигмовидной кишки (левосторонняя гемиколэктомия) с проксимальной колостомией – 17 (5,5%), передняя

резекция прямой кишки с концевой колостомией – 18 (5,8%), передняя резекция прямой кишки с протективной илеостомией – 28 (9,0%). В послеоперационном периоде несостоятельность швов толстой кишки отмечена у 41 оперированных (13,2%). У 7 (17%) больных в связи с отграниченностью патологического процесса проведена комплексная консервативная терапия, 34 (83%) – оперированы повторно: разобщение анастомоза с выведением колостомы – у 18, отключение пассажа по толстой кишке без вмешательства в области анастомоза – у 16 (илеостомия – у 6, проксимальная колостомия – у 10). В послеоперационном периоде умерли 5 больных, послеоперационная летальность – 1,61%. То есть, несмотря на соблюдение основных хирургических принципов при формировании анастомозов на левой половине ободочной и прямой кишке и плановый характер оперативного вмешательства, до настоящего времени, не существует какого-либо оптимального варианта техники, который бы позволял эффективно предотвратить нарушение заживления дистальных толстокишечных анастомозов. С 2016 г с целью улучшения результатов хирургического лечения рака дистального отдела толстой кишки мы внедрили в клиническую практику формирование илеостомы–«призрак» (Ghost ileostomy). Илеостома–«призрак» это методика, при которой терминальный отдел подвздошной кишки (место предполагаемого формирования илеостомы) с помощью подведенной под петлю держалки подводится к передней брюшной стенке без нарушения ее проходимости (деформаций, перегибов, излишней фиксации), и держалки через прокол передней брюшной стенки выводятся наружу в правой подвздошной области. При появлении в послеоперационном периоде клинических, лабораторных или инструментальных признаков, указывающих на возможность неблагоприятного заживления толстокишечного анастомоза, выведенные лигатуры-держалки позволяют сформировать полноценную илеостому под местной анестезией из мини-доступа. Илеостома-«призрак» сформирована у 25 больных, при этом только у 5 (20%) из них она переведена в реальную илеостому. Внутривнутрибрюшных осложнений, потребовавших бы для лечения повторного широкого оперативного вмешательства, в данной группе не было. Выводы: Частота нарушений заживления дистальных толстокишечных анастомозов в хирургии злокачественных опухолей толстой кишки достигает 13.3%. Возможное тактическое решение для улучшения результатов лечения – это формирование илеостомы- « призрак».

106. ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ОСТРОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ У БЕРЕМЕННЫХ ВО ВТОРОМ И ТРЕТЬЕМ ТРИМЕСТРЕ

*Смирнов Д.А., Корольков А.Ю., Беженарь В.Ф., Цицкарава Д.З.,
Китаева М.Е., Большакова М.В., Новикова А.Д.*

Санкт-Петербург

ФГБОУ ВО ПСПбГМУ им.И.П.Павлова Минздрава России.

Острая кишечная непроходимость является редким неотложным заболеванием при беременности с частотой от 1:2500 до 1:66431, и второй по частоте причиной операций у беременных. ПСПбГМУ им. акад. И.П.Павлова является центром, в котором концентрируются беременные во 2 и 3-м триместрах с подозрением на неотложные хирургические заболевания органов брюшной полости. Целью настоящей работы было оценить эффективность диагностики и лечения беременных с ОКН в клиниках Университета. Выполнен ретроспективный анализ истории болезни пациенток, поступивших с подозрением на неотложное хирургическое заболевание органов брюшной полости за 2012-2016 год. Из 1086 беременных, доставленных с подозрением на urgentные хирургические заболевания, у 14 подозревалась ОКН (1,29%). Диагноз был подтвержден только у 2, у обеих была эффективна консервативная терапия. За тот же период ОКН была выявлена у 5 женщин, доставленных с подозрением на другие хирургические заболевания, 4 из них потребовали оперативного лечения. Мы сравнили данные обследования беременных с подтвержденным (1 группа) и исключенным (2 группа) диагнозом ОКН. Обе группы были сопоставимы по возрасту и сроку беременности. У всех в анамнезе были различные операции на животе. Обнаружена разница в сроке от начала заболевания: в 1 группе в 72,43% она составила менее 12 часов, во 2-й в 88,9% более 12 часов. Пациентки 1 группы чаще (в 85,7% случаев против 41,7%) жаловались на боли как на основное проявление заболевания, у них же чаще (50,0% против 16,7%) встречалась тошнота, многократная рвота. Ни одна из пациенток 1 группы не отмечала задержку стула и газов, у 2-й группы эта жалоба встречалась в 35,71%. При объективном обследовании в обеих группах не отмечалось вздутия живота и шума плеска. В лабораторных показателях специфических изменений не было. УЗИ брюшной полости выполнено всем пациенткам в 1-й группе и 50,0% во 2-й. Только в 1 случае в 1-й группе обнаружены УЗИ признаки ОКН: внутрипросветное депонирование жидкости и мятничкообразная перистальтика. В этом случае на основании данных УЗИ был поставлен диагноз ОКН, подтвердившийся интраоперационно. Рентгеновские исследования были выполнены у 6 пациенток 1 группы и у 2-х пациенток 2-й. Средняя эффективная эквивалентная доза составила $0,91 \pm 0,22$ мЗв. Во 2-й группе рентгенологических признаков ОКН не выявлено. В 1-й у 50,0% выявлена пневматизация тонкой кишки, у 66,7% тонкокишечные уровни. На основании обзорной Rg диагноз ОКН подтвержден в 1 случае, в 4 потребовался контроль пассажа контраста, при котором у 2 пациенток получен стоп-контраст. Из 7 пациенток 1-й группы у 3 (42,86%) на фоне терапии удалось добиться разрешения непроходимости. Осложнений со стороны беременности не было. 4 пациентки были оперированы. У 2 пациенток при сроке 35/36 недель операция сочеталась с кесаревым сечением, в 2 случаях (28 и 30 недель) беременность была сохранена. У всех ОКН была спаечной, низкой тонкокишечной, без некроза кишки. Всем выполнено дренирование брюшной полости, в двух случаях

потребовалось назоинтестинальное дренирование. В послеоперационном периоде проводилась стандартная терапия, осложнений, в том числе, и со стороны беременности, не было. Выводы: Клиническая диагностика ОКН у беременных затруднена атипичностью картины. Остро возникшие боли в животе в сочетании с тошнотой и рвотой у пациентки, оперированной ранее, требуют исключения ОКН инструментальными методами. УЗИ брюшной полости может дать достаточные сведения для подтверждения ОКН. Обзорная Rg брюшной полости и контроль пассажа информативны и должны применяться у беременных с подозрением на ОКН. При необходимости операции в случае доношенного срока предпочтительно родоразрешение, в противном случае следует стараться сохранить беременность.

107. ПРИМЕНЕНИЕ АФДТ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ЯЗВЕННЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ

Гильфанов А.Р.

Альметьевск

Республиканский онкологический диспансер РТ

Актуальность. Острое язвенное ГДК является наиболее грозным осложнением язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки. Решающее значение в профилактике рецидива кровотечения придается проведению консервативной гемостатической и противоязвенной терапии с учетом обсемененности слизистой оболочки желудка с *H. pylori*. Язвенная болезнь, осложненная кровотечением, является абсолютным показанием для антихеликобактерной терапии после успешного медикаментозного гемостаза. Материалы и методы. Выделены 2 группы больных: основная группа — комплексное лечение язвенных ГДК с эндоскопической антибактериальной фотодинамической терапией (n=67), контрольная группа - традиционная антихеликобактерная терапия (n=65). Основная и контрольная группа сопоставимы по возрасту, полу, площади язвенных дефектов и сопутствующим заболеваниям. Всем больным выполняли стандартные лабораторные и специальные методы исследования — определение площади язвенного дефекта, внутрижелудочная рН-метрия, уреазный тест, морфологические исследования. Перед выполнением лечебной ЭФГДС пациентам вводился per os препарат Фотодитазин в количестве 25мг. Препарат разводится 1:3 на физиологическом растворе. Экспозиция фотосенсибилизатора составляла 2 часа. После этого проводилось лазерное облучение раны аппаратом «Лахта Милон» 635-2\675-2,5 (длина волны 635 и 675 нм непрерывном режиме, плотность мощности 0,1-2,5 Вт/см²). Результаты и обсуждение. Больным основной группы и группы сравнения проводили комплексную терапию, которая включала в себя лечебный режим, диету, медикаментозную и физиотерапевтическую терапию. Антисекреторный эффект препаратов оценивали по данным суточной рН-метрии. Среднесуточное значение рН в основной группе 5,1+0,7, в контрольной группе 3,8+1,1. Рецидив кровотечения после первичного эндоскопического гемостаза возник у 2 (2,99%)

пациентов в основной и у 7 (10,77%) пациентов контрольной группы. По данным уреазного и иммуногистохимического анализа в момент первичного обследования у всех пациентов выявлено обсеменение *Helicobacter pylori* разной степени выраженности. На 7 сутки в основной группе *Helicobacter pylori* выявлен у 2 (2,99%) пациентов, на 14 сутки не выявлен не у одного. В контрольной группе на 7 сутки НР обнаруживался у 15 (23,08%), на 14 сутки — 4 (6,15%). При визуальном эндоскопическом контроле на 7 и 14 сутки оценивалась динамика заживления язвенных дефектов у пациентов основной и контрольной групп. На 7 стуки в основной группе заживление наблюдалось у 62 (92,54%) пациентов, на 14 сутки у оставшихся 5 (7,46%). В контрольной группе динамика была менее прогрессивна. На 7 сутки заживление отмечалось у 47 (72,31%), на 14 сутки — 15 (23,08%), еще у 3 (4,62%) пациентов язвенный дефект был не полностью зарубцован. Выводы: 1. Проведенный сравнительный анализ результатов лечения больных язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки свидетельствует, что применение эндоскопической фотодинамической терапии способствует стимуляции репаративных процессов, сокращению сроков заживления язвенного дефекта. 2. Патогенетически обоснованное лечение язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, осложненной кровотечением, с применением ФДТ приводит к более успешной эрадикации Н.р. и ведет к быстрому рубцеванию язвы через 7-14 суток. уменьшению частоты рецидивов язв и кровотечений.

108. КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ГНОЙНЫХ РАН В СОЧЕТАНИИ С АФДТ

Сагдиев Р.Д.

Альметьевск

Республиканский онкологический диспансер РТ

Актуальность. Гнойные заболевания занимают одно из основных мест среди хирургических болезней. Альтернативным антибиотикотерапии и перспективным подходом в комплексной терапии гнойной инфекций является АФДТ. Материалы и методы. В исследование включены пациенты с гнойными заболеваниями мягких тканей (фурункул, карбункул, гидраденит, панариций, рожа) и послеоперационными гнойными ранами. В основной группе – комплексное лечение путем применения активной хирургической тактики в сочетании с АФДТ. Группа сравнения – местное лечение традиционными средствами (антибиотики широкого спектра действия, водорастворимые мази, растворы антисептиков и т. п.). Группа сравнения сопоставима с основной по возрасту, полу, площади раневых дефектов и сопутствующим заболеваниям. Всем пациентам проводилось комплексное обследование, включавшее клинические, инструментальные и лабораторные методы исследований. Клиническое течение раневого процесса оценивали на основании сроков полного очищения ран от гноя, некротических тканей, появления грануляции, начала краевой эпителизации ран, стихания явлений перифокального воспаления. С целью проведения антимикробного

фотодинамического воздействия применялся фотосенсибилизатор второго поколения «Фотодитазин. Экспозиция фотосенсибилизатора на ране составляла 2 часа. После этого проводилось лазерное облучение раны аппаратом «Лахта Милон» (длина волны 635 и 675 нм непрерывном режиме, плотность мощности 0,1-2,5 Вт/см²). Результаты и обсуждение. В комплексном лечении ран ведущая роль принадлежит хирургической обработке раны. При хирургической обработке раны строго придерживались принципа широкого рассечения очага, иссечения нежизнеспособных тканей, санации и дренирования гнойных затеков. В начале лечения у больных основной группы и группы сравнения ЛИИ составил 2,97±0,26 и 2,93±0,17 соответственно. В ходе лечения на вторые сутки наступило уменьшение этого показателя до цифр 2,61±0,14 в группе сравнения и 2,47±0,11 в основной группе больных. Минимальные показатели лейкоцитарного индекса интоксикации отмечены на 7-8 сутки лечения во всех группах. Они составили 1,61±0,05 в группе сравнения и 1,48±0,1 в основной группе. Скорость процесса заживления оценивалась с помощью таких критериев, как очищение раны от гноя, стихание явлений перифокального воспаления и сроки эпителизации. У пациентов основной группы благодаря использованию предлагаемого нами способа удалось сократить сроки эпителизации с 9-11 суток до 7-9 суток. Применение АФДТ ускоряет процесс очищения ран от гноя с 5,8±0,5 до 3,1±0,3 суток, позволяет сократить сроки купирования воспалительного процесса с 8,6±0,7 до 5,9±0,6 суток, уменьшить время эпителизации с 10,4±0,6 до 8,2±0,7 суток. Выводы: 1. Анализ изменений в ране показывает, что АФДТ приводит в более быстрой смене фаз воспаления, ускоряет сроки очищения ран от гноя с 5,8±0,5 до 3,1±0,3 суток. 2. Применение АФДТ в комплексном лечении гнойных ран позволяет ускорить заживление с 10,4±0,6 до 8,2±0,7 суток.

109. МЕТОДЫ ФИКСАЦИИ СЕТЧАТОГО ИМПЛАНТА ПРИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ГЕРНИОПЛАСТИКЕ ПАХОВЫХ ГРЫЖ

Крикунов Д.Ю. (1), Сенько В.В. (2), Акимов В.П. (1), Чургулия М.З. (2), Волков А.М. (1).

Санкт-Петербург

- 1) ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет имени И.И. Мечникова», Кафедра хирургии им. Н.Д.Монастырского,
- 2) Клиническая больница №122 им. Л.Г.Соколова

Актуальность. Натяжные методы пластики, используемые при паховых грыжах в конце XX века в связи с малой эффективностью (процент рецидивов по разным источникам литературы составил от 20 до 60 %) утратили свою актуальность, на смену им пришли методики, при которых используется укрепление задней стенки пахового канала сетчатым имплантом. С началом применения этой методики процент рецидивов стал составлять не более 4%, однако ранний болевой синдром и развитие послеоперационных осложнений (развитие хронической боли вследствие неадекватной фиксации, ишемизация и нарушений трофики тканей, плохая

регенерация п/о раны) сохранялись и у этой группы пациентов. В 1979 г. американский хирург R. Ger выполнил первую лапароскопическую герниопластику при паховой грыжи, однако при выполнении операции не был использован сетчатый имплант, а 90 % пациентов перенесшие данный вид оперативного вмешательства были повторно прооперированы с рецидивом паховой грыжи. В дальнейшем методика лапароскопической герниопластики претерпела множество изменений. М.Е. Arregui предложил устанавливать эндоимплант предбрюшинно и фиксировать его к верхней лобковой связке и передней брюшной стенке, что было признано как лучший вариант при лапароскопическом методе и в настоящее время широко применяется в США и Европе. Данный метод, носит название «трансабдоминальная преперитонеальная герниопластика» (TAPP). Однако одним из важнейших критериев качественно выполненной герниопластики по-прежнему является фиксация импланта. Требования фиксации импланта: снижение дополнительной травматизации, ишемизации и нарушений трофики, создание условий для регенерации. В связи с чем применение бесшовной фиксации (клеем, сетки «липучки») приобретает все большую популярность, поскольку заметно снижается риск послеоперационных осложнений. Хирургические клеи включают: биологические, группы синтетических клеев и полученных из белка по средствам генной инженерией, например - цианакрилат. Цианакриловый клей используется в различных медицинских манипуляциях из-за его быстрого действия, отличной прочности сцепления и низкой цены. Цель работы. Улучшение результатов лечения пациентов с паховой грыжей путем использования клеевого метода фиксации сетчатого импланта при лапароскопической герниопластике (ЛСГП). Материал и методы. В исследование включено 80 пациентов перенесших ЛСГП в период с сентября 2015 года по январь 2017 года на базе кафедры хирургии им. Н.Д. Монастырского ФГБУЗ «Клиническая больница» №122 им. Л.Г.Соколова г. Санкт- Петербург. Критерием включения было наличие паховой грыжи без тяжелой сопутствующей соматической патологии, являющейся противопоказанием к выполнению лапароскопических вмешательств. Пациенты были разделены на две группы, которые были сопоставимы по полу, возрасту, индексу массы тела, наличию сопутствующих заболеваний. В основной I группе (40 – пациентов, мужчины) была выполнена лапароскопическая герниопластика без подведения сетчатого импланта под семенной канатик и его фиксацией цианакриловым клеем «B-Braun» с устранением дефекта брюшины над имплантом нитью Викрил 2/0. Клей не требовал смешивания компонентов. Нанесение композиции на протез проходило капельным способом. В сложных случаях нанесение было «каплями» и «полосками». Время достаточной фиксации сетчатого протеза клеем- 6 секунд. Во II группе сравнения (40 – пациентов, мужчины) выполнили ЛСГП так же без раскрытия сетчатого импланта и его фиксацией по периферии титановыми скобами, с последующим закрытием дефекта брюшины титановыми скобами. В основной группе средний возраст составил 43 ± 3 года, в группе сравнения — $42 \pm 3,5$ года. Индекс массы тела составил от 26 до $40,7 \text{ кг/м}^2$, в первой группе в среднем составил $31 \pm 2 \text{ кг/м}^2$ во второй $32 \pm 3 \text{ кг/м}^2$. Все оперативные вмешательства были выполнены в срок с 01.09.2015 года по 01.01.2017 года, одной бригадой хирургов. Все герниопластики выполнялись с применением одинакового сетчатого материала. Послеоперационную абдоминальную боль регистрировали через 2, 4, 6, 12, 24, 48 и 72 ч после операции, до приема анальгетиков. Для оценки послеоперационной боли использовали цифровую (10-балльную) оценочную шкалу (NRS) «отсутствие боли» (0) до «нестерпимой боли» (10 баллов). Была проведена оценка средней продолжительности операции и койко-дня после операции. Полученные результаты. Средняя продолжительность оперативного

вмешательства в первой группе составила –48,9 мин., в группе сравнения – 42,5 минуты. Проведя анализ уровня боли в послеоперационном периоде до введения анальгетиков, мы отметили значительные различия через 6 ч после операции — в первой группе средняя оценка составила 2 бала, в то время как в группе сравнения — 4,4 балла. Так же после 24 ч пациенты в основной группе практически не ощущали боли и готовы были покинуть стационар, в группе сравнения средняя оценка боли достигала 2,9 баллов. Интра- и послеоперационные осложнения в обеих группах отмечены не были, летальных исходов не было. При выписке в обеих группах повышенной температуры тела, болей, тянущих или болевых ощущений, отеков, невралгии и гематом в зоне операции отмечено не было. Средняя продолжительность койко-дня в первой группе составила - 1,2, в то время как во второй длительность пребывания в стационаре была гораздо выше –2,8 дня. Обсуждение. Современным подходом к лечению хирургической патологии является не только выполнение высокотехнологичных операций, но и достижение высокого уровня реабилитации после этих вмешательств. В настоящее время герниология развилась до уровня, когда процент рецидива после пластики паховой грыжи с применением сетчатого импланта не превышает 1-4%. Одним из условий ранней реабилитации больных после перенесенной герниопластики, является минимизация болевого синдрома. И как следствие - современные тенденции в лечении паховых грыж направлены на улучшение качества жизни (уменьшение послеоперационных болей, более быстрое восстановление трудоспособности и возможности вести привычный активный образ жизни, снижении показателя койка/день). Качество жизни, является одним из ключевых понятий современной медицины, позволяющих дать глубокий многоплановый анализ важных составляющих здоровья человека в соответствии с критериями ВОЗ, то есть физиологических, психологических и социальных проблем больного человека. Выводы: Таким образом, применение клеевой композиции для фиксации сетчатого импланта при лапароскопической герниопластике достоверно улучшает качество жизни пациента в послеоперационном периоде - снижает болевой синдром, способствует ранней выписки из стационара и более быстрому восстановлению трудоспособности, а также возможности вести привычный активный образ жизни.

110. ТРОМБОГЕМОРРАГИЧЕСКИЙ СИНДРОМ – ОДНА ИЗ ВЕДУЩИХ ПРИЧИН ДЕСТРУКТИВНЫХ ПАНКРЕАТИТА И ВЛИЯНИЕ ЕГО КОРРЕКЦИИ НА ТЕЧЕНИЕ ПАТОЛОГИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА

Волков А.Н. (1), Арсюттов В.П. (1), Мизуров Н.А. (1), Ворончихин В.В. (2)

Чебоксары

- 1) ФГБОУ ВО «ЧГУ им. И.Н. Ульянова»,
- 2) БУ «Республиканская клиническая больница» МЗ ЧР

Актуальность проблемы. Известно, что одной из ведущих причин некроза поджелудочной железы при остром панкреатите (ОП) является выхождение секрета в ацинусы органа либо при травме, либо при гиперсекреции с нарушением эвакуации сока, вследствие чего развивается протоковая гипертензия с последующим разрывом дукто-ацинарных соединений. Имея это в виду, проводится антисекреторная и антиферментная терапия. Однако создается впечатление, что другой причине деструкции поджелудочной железы все же уделяется недостаточно внимания. Мы при этом имеем в виду тромбогеморрагический синдром (ТГС), который, на наш взгляд, так же, как и только что упомянутая причина, играет существенную роль в патогенезе деструктивного панкреатита. Именно это и натолкнуло нас на исследование роли ТГС и его коррекции, как в развитии некроза ПЖ, так и в результатах лечения этого заболевания. Нет сомнений в том, что ТГС является одним из первых и основных клиничко-лабораторных проявлений острого деструктивного панкреатита (ОДП). На первых порах он проявляется гиперкоагуляцией, которую, с одной стороны, можно считать даже положительной и саногенной реакцией, так как выпадение фибрина способствует в определенной степени ограничению некроза в поджелудочной железе и созданию матрицы для развития в последующем здесь соединительной ткани, с другой, уже рассеянное внутрисосудистое выпадение фибрина усугубляет расстройство микроциркуляции, тем самым углубляя и расширяя некротический процесс в данном органе. Следует подчеркнуть, что в этом же направлении действует агрегация клеток и спазм капилляров вследствие блокады NO-продукции и процессов распада. Имея это в виду, уже с первых дней лечение ОДП должно быть направлено на минимизацию отрицательных влияния ТГС. Целью работы явилась попытка оптимизации общепринятого стандартного лечения ОДП активной коррекцией ТГС. Материал и методы. Работа выполнена на анализе историй болезни 237 больных с ОДП, из которых 123 пациентам проведена общепринятая стандартная терапия, а 114 она усиливалась коррекцией ТГС. Как только устанавливается диагноз ОДП, предвидя развитие ТГС, мы назначаем больным реологически активные кровезаменители (реополиглюкин), сочетая с антиагрегантами (олифен, дипиридамолом) и препаратами, улучшающими микроциркуляцию и деформируемость клеток крови (трентал, агапурин). При этом считается обязательным и назначение малых доз гепарина (10 тыс. ЕД/сут). При тяжелом течении заболеваний дозу гепарина увеличивали до 25 тыс. ЕД/сут. Следует подчеркнуть, что доза гепарина должна быть адаптирована к выполнению развившейся ситуации с тем, чтобы создать управляемую гипокоагуляцию. Нет сомнений в том, что деструктивные процессы в поджелудочной железе при ОДП инициируются ДВС-синдромом, при этом пул коагулянтов и антикоагулянтов с течением времени истощается, из-за чего гиперкоагуляция переходит уже в коагулопатию потребления. А это в свою очередь заставляет менять приоритеты в терапии,

так как лечение гепарином уже неэффективно. Терапия в этом периоде заболевания должна быть направлена на стабилизацию гемодинамики (но без декстранов), инфузионную коррекцию метаболического ацидоза, переливание нативной плазмы, криопреципитата, фибриногена и тромбоцитарной массы. Но тем не менее считаем, что все же следует вводить небольшие дозы гепарина (7-10 тыс. ЕД/сут) и большие дозы антипротеаз. Следует также отметить эффективность плазмафереза, плазмосорбции и ультрафильтрации. В последнее время одновременно с вышеуказанным лечением с целью усиления терапии ОДП мы усиленно применяем озонированные физиологические растворы хлорида натрия (2 мг на литр). Результаты. Пока серьезные выводы не делаем, так как имеем небольшое количество наблюдений. Но все же вполне уверенно можем сказать, что комплексная терапия ОДП, усиленная коррекцией ТГС и озонированным физиологическим раствором хлорида натрия, позволила значительно улучшить результаты лечения больных. Так, снижение гнойных осложнений от 74,5% до 18,7% и послеоперационной летальности от 33,9% до 9,0% мы во многом объясняем оптимизацией многокомпонентного лечения ОДП коррекцией ТГС по нашей методике.

111.ЭТАПНОСТЬ В ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО ОБТУРАЦИОННОГО ХОЛЕЦИСТИТА У БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

Кукош М.В. (1), Солович К.В. (1,2), Золотницкая Л.С. (2).

Нижний Новгород

1) ФГБОУ ВО НижГМА МЗ РФ, 2) ГБУЗ НО ГКБ №7 им.Е.Л.Березова.

Актуальность: Острый холецистит – самое частое заболевание среди экстренных больных хирургического профиля, а у больных старшей возрастной группы в связи с наличием нередко тяжелых сопутствующих заболеваний, сопровождающихся довольно высокой послеоперационной летальностью, – хирургическая проблема №1. Тем более, что ежегодно отмечается рост заболеваемости жёлчнокаменной болезнью. В 2016г в клинике факультетской хирургии НижГМА на базе Городской клинической больницы №7 имени Е.Л.Березова 4,4% госпитализаций приходятся на больных острым холециститом. Цель исследования: определение эффективности этапности в лечении острого обтурационного калькулезного холецистита и его осложнений. Материал и методы: Ретроспективному анализу подвергнуты истории болезни больных острым холециститом. Критерии включения – госпитализация в экстренном порядке, подтвержденный в процессе обследования диагноз. Результаты: В 2015г пациентов старшей возрастной группы было 121 (54,7%), соотношение мужчины:женщины – 1:4 соответственно. Не менее 48,4% поступает в стационар позднее 24 часов от начала заболевания. В 2016г количество больных нетрудоспособного возраста возросло до 145 (56,8%, прирост 19,8%), из них у 58,0% на момент госпитализации длительность приступа более 24 часов, разделение по полу 1:3,7. Количество больных

пожилого возраста – 98, старческого – 47 человек. В этих группах при обследовании выявлено наличие гипертонической болезни, различных форм хронической ишемической болезни сердца, сахарного диабета 2 типа и их сочетания у 93% и 100% пациентов соответственно. Обтурационный холецистит диагностирован на основании заключения УЗИ у 33 больных, из них 28 случаев – с явными признаками деструкции и/или местного перитонита: гетерогенное эхо стенки желчного пузыря в 75% исследований; паравезикальный экссудат у трети больных. Прочие выявленные патоморфологические признаки: увеличение размеров продольного сечения желчного пузыря – в среднем до 42x117мм, фиксированный в шейке пузыря конкремент – у 58,3% больных, утолщение стенки желчного пузыря – в среднем 7,25мм, билиарный сладж – 66%, множественные мелкие конкременты в просвете – 33%, единичные крупные калькулы – у 58,3%. Данным пациентам произведено 28 ЧЧМХС, средний возраст больных 68 лет. Женщин в 4,5 раза больше, чем мужчин. 12 пациентов, перенесших микрохолецистостомию, госпитализированы повторно, спустя, в среднем, 26 суток, в плановом порядке для выполнения ВЛХЭ. Кроме того, у 78 больных как манифестация осложнения ЖКБ наблюдалась механическая желтуха. Средний возраст в данной группе 64 года, женщин в три раза больше, чем мужчин. 27 больным произведена ЭПСТ, 21 наружная холангиостомия под УЗ и РТВ-наведением. Из 230 операций холецистэктомий 179, все они выполнены лапароскопически, конверсий не было. Осложнений, связанных с наружным дренированием желчного пузыря, и летальных исходов не наблюдалось. Выводы: Этапность в лечении острого холецистита позволяет значительно улучшить результаты лечения больных острым обтурационным калькулезным холециститом, что особенно актуально для больных пожилого и старческого возраста.

112. ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ПОВРЕЖДЕНИЙ ЗАБРЮШИННОЙ ЧАСТИ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

Кубачев К.Г., Хацимов К.А.

Санкт-Петербург

ФГБОУ ВО "СЗГМУ им. И.И. Мечникова"

Разрыв забрюшинной части двенадцатиперстной кишки относится к редким и трудно диагностируемым видам повреждений полых органов живота. Особенностью этого вида повреждений является поступление в забрюшинную клетчатку инфицированного содержимого двенадцатиперстной кишки с соком поджелудочной железы. Это создает благоприятные условия для развития обширной флегмоны забрюшинной клетчатки. Отсутствие фасциальных барьеров способствует быстрому распространению воспалительного процесса в забрюшинной клетчатке, а также и в стенке кишки в области разрыва, что при отсутствии брюшинного покрова, создает технические трудности при ушивании разрыва и повышает риск развития несостоятельности швов. Мы наблюдали 11 больных с разрывом

забрюшинной части двенадцатиперстной кишки, осложненным ретроперитонитом. У 6 больных был разрыв латеральной стенки нисходящей части двенадцатиперстной кишки, у 4 - нижней горизонтальной части, и у 1 - поперечный разрыв кишки под верхними брыжеечными сосудами. Протяженность разрыва составила от 2 см до 4 см. Надежно ушить разрыв кишки, вследствие флегмонозного воспаления стенки при ретроперитоните не удается и сопряжено с высоким риском развития несостоятельности и свища двенадцатиперстной кишки. Поэтому мы отказались от непосредственного ушивания разрыва. Оперативное вмешательство выполнялось по следующей методике: после мобилизации кишки по Кохеру иссекали переднюю и заднюю стенку кишки по периметру разрыва, оставляя полоску передней и задней стенки шириной около 1 см. После этого формировали дуоденоюноанастомоз «бок в бок» с выключенной по Ру петлей тощей кишки 2-хрядным швом. Зону анастомоза дренировали назодуоденальным двухпросветным зондом с активной аспирацией. Забрюшинное пространство санировали, по возможности, полностью удаляя пораженную клетчатку, и дренировали, Микронесостоятельность швов наблюдали у 2 пациентов. Умер 1 пострадавший с тяжелой сочетанной травмой, разлитым гнойным ретроперитонитом, осложнившимся тяжелым сепсисом. При локализации повреждения кишки под брыжеечными сосудами, мы после минимальной мобилизации, кишку прошивали аппаратом УО с двух сторон разрыва, не выводя ее из-под сосудов, и формировали дуоденоюноанастомоз в нисходящей части кишки с выключенной по Ру петлей тощей кишки. В послеоперационном периоде всем пациентам проводилась антисекреторная, антиферментная, антибактериальная, противовоспалительная и иммунотропная терапия.

113.ВЫБОР СПОСОБА ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ СО СПОНТАННЫМ РАЗРЫВОМ ПИЩЕВОДА

Кубачев К.Г., Бабаев Ш.М.

Санкт-Петербург

ФГБОУ ВО "СЗГМУ им. И.И. Мечникова"

За последние 20 лет мы наблюдали 35 больных с синдромом Буэрхаве. В отличие от синдрома Маллори – Вейсса разрывы при этой патологии всегда располагаются по передне-левой полуокружности пищевода, выше связки Морозова. Кроме того, развитие синдрома не связано со злоупотреблением алкоголем. Клиническая картина представлена триадой Меклера – рвотой, острой болью за грудиной и подкожной эмфиземой на шее. Довольно часто при обзорной рентгеноскопии груди в средостении обнаруживается газ. Контрастное рентгенологическое исследование пищевода (водорастворимым контрастом) позволяет уточнить диагноз практически во всех случаях. Развивающийся при разрыве пищевода медиастинит быстро приводит к критическому ухудшению состояния пациентов. В течение короткого времени развивается тяжелый сепсис и оперативное вмешательство становится

практически невыполнимым. Выходом в этой ситуации может явиться стентирование пищевода покрытыми стентами. Из 35 больных традиционные оперативные вмешательства были выполнены 27 пациентам. Операция заключалась в торакотомии, ушивании разрыва пищевода однорядным швом с укрытием линии шва пластинкой тахокомба, санации, дренировании средостения и плевральной полости. У 8 пациентов выполнено стентирование пищевода покрытыми стентами. В 2 случаях использовали стенты, снабженные противорефлюксным клапаном (Choo Stent, Gianturco-Z stent,); в остальных случаях применяли другие стенты (Ultraflex, Song stent Esophacoil, Wallsient). Санацию плевральной полости и средостения выполняли посредством торакоскопии через несколько часов после стентирования стабилизации состояния. Гастростомию не выполняли, ограничиваясь проведением зонда в желудок. Несостоятельность стента выявлена в одном случае. Умерло 2 больных вследствие развития тяжелого сепсиса. Таким образом стентирование пищевода при его разрыве может явиться альтернативой традиционным операциям у тяжелых пациентов.

114. ГРЫЖЕСЕЧЕНИЕ С УЧЕТОМ КОЭФФИЦИЕНТА НАТЯЖЕНИЯ ТКАНЕЙ

Лосев Р.З., Козлов В.В., Хмара М.Б.

Саратов

ФГБОУ ВО Саратовский ГМУ им. В.И.Разумовского Минздрава России

Одним из факторов, определяющих условия регенерации тканей и достижения успешного результата лечения больных с послеоперационной вентральной грыжей живота, является фактор натяжения тканей. Введено понятие коэффициента натяжения (КН) тканей, участвующих в хирургической коррекции передней брюшной стенки. КН – частное от деления силы натяжения мышечно-апоневротического лоскута на площадь его поперечного сечения. Установлены оптимальные, допустимые и недопустимые параметры натяжения при пластике грыжевого дефекта у больных с послеоперационной вентральной грыжей в Ньютонах на см² (Н/см²). Оптимальным КН тканей, когда создаются наилучшие условия для регенерации тканей в зоне соединения апоневроза, является КН близкий к 3,2 Н/см². Проведен анализ отдаленных результатов лечения 54 больных с вентральной послеоперационной грыжей живота за последние 3 года (2014 – 2016 годы). Результаты операций проанализированы у двух групп больных. У 26 больных первой группы грыжесечение выполнялось с измерением КН тканей. У второй группы (28 больных) операции выполнены по стандартной методике без измерения КН тканей. Натяжение тканей является одним из факторов, влияющих на течение раневого процесса. КН тканей может быть измерен как частное от деления силы на площадь поперечного сечения соединяемых тканей. Установлено, что оптимальным коэффициентом натяжения тканей является величина близкая к 3,4 Н/см² по всей поверхности соединяемых структур. В зоне каждого самого узлового шва апоневротических структур КН достигает 50–60 Н/см², что суммарно (по всей площади соединяемых структур) обеспечивает КН тканей

близкий к 3 Н/см². В отличие от второй группы больных, рецидива заболевания в первой группе больных в сроки до 3 лет не выявлено. Быстроте расчеты КН тканей, измеряемого в ходе операции, способствует созданная специальная программа на базе Microsoft Excel 2007.

115.РЕЗУЛЬТАТЫ ПРИМЕНЕНИЯ ОТСРОЧЕННОГО МЕЖКИШЕЧНОГО АНАСТОМОЗИРОВАНИЯ У БОЛЬНЫХ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫМ ПЕРИТОНИТОМ

Жариков А.Н.

Барнаул

ФГБОУ ВО АГМУ Минздрава России

Актуальность. Послеоперационный перитонит (ПП) отличается тяжелым течением, трудностями хирургического лечения и высокими показателями летальности, варьирующей от 15 до 70% [Савельев В.С. с соавт., 2009]. Повторные зашивания дефектов кишечной стенки, без резекции измененной кишечной петли неэффективны [Григорьев Е.Г. с соавт. 2005]. Но и наложение первичных межкишечных анастомозов в условиях тяжелого перитонита и абдоминального сепсиса представляет собой серьезный риск несостоятельности швов. В настоящее время разработка новых тактических и технических подходов, связанных с выбором сроков, методов межкишечного анастомозирования является актуальной. Цель работы: оценка эффективности использования различной хирургической тактики межкишечного анастомозирования у больных послеоперационным перитонитом. Материалы и методы. В исследовании проведен сравнительный анализ результатов хирургического лечения 122 больных с ПП, связанным с острыми перфорациями, некрозом тонкой кишки и несостоятельностью межкишечных анастомозов. У всех больных при поступлении в стационар и в динамике заболевания оценивались состояние тяжести и риск летального исхода по шкале – APACHE II (the Acute Physiology, Age, Chronic Health Evaluation) и тяжести перитонита – MPI (Mannheim peritonitis index). Наряду с традиционными хирургическими подходами, включающими ушивание дефектов кишечной стенки или резекцию тонкой кишки с первичным анастомозированием (n=55), в основной группе у 67 пациентов была предложена технология отсроченного межкишечного анастомозирования в процессе плановых санаций брюшной полости. Результаты и обсуждение. В ранние сроки ПП с низкими интегральными показателями оценки тяжести состояния больных (APACHE II - $8,8 \pm 1,4$ баллов) и тяжести перитонита MPI ($12,3 \pm 0,8$ баллов) наложение межкишечных анастомозов сопровождалось летальностью, достигающей при первичном анастомозировании – 10,5% и при отсроченном анастомозировании – 7,7%. У больных с тяжелым перитонитом (MPI $21,5 \pm 1,1$ баллов), со значительной токсемией и органной дисфункцией (APACHE II - $16,6 \pm 0,4$ баллов) риск повторной несостоятельности кишечных швов при завершении операций с использованием традиционного первичного межкишечного анастомоза была в 1,3 раза выше, по сравнению с отсроченным анастомозированием, что сказывалось на показателях летальности, которая

была высокой и составила 82,4% против 44,7%. Выводы 1. Применение у больных ПП отсроченного межкишечного анастомозирования в сочетании с плановыми санациями брюшной полости обеспечивает улучшение результатов лечения тяжелого ПП за счет снижения частоты несостоятельности кишечных швов и летальных исходов. 2. Критериями к проведению отсроченного межкишечного анастомозирования у больных ПП является тяжесть состояния (APACHE II >15 баллов) и тяжесть перитонита (MPI >20 баллов).

116. НЕОТЛОЖНЫЕ РЕНТГЕНХИРУРГИЧЕСКИЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ КИСТАХ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ, ОСЛОЖНЕННЫХ КРОВОТЕЧЕНИЕМ

Кислицин Д.П., Мизин А.Г., Кан П.Б., Колмачевский Н.А., Павлов П.И., Горгун А.Г.

Ханты-Мансийск

Окружная клиническая больница

Актуальность: кисты поджелудочной железы, осложненные кровотечением в просвет главного панкреатического протока или в просвет полого органа встречаются довольно редко. В зарубежной литературе такое осложнение хронического панкреатита описывается под названием "Haemosuccus pancreaticus". Особенностью указанного осложнения хронического панкреатита является трудность в определении источника кровотечения. Источником аррозивного кровотечения в полость кисты чаще является селезеночная артерия, реже - гастродуоденальная, верхняя брыжеечная либо их ветви. Наиболее информативными методами исследования служат спиральная компьютерная томография (СКТ) и ангиография, которая в ряде наблюдений может закончиться эффективной эмболизацией или стентированием артерии, являющейся источником кровотечения в кисту поджелудочной железы. Цель исследования: оценить возможность и эффективность применения визуализации и рентгенхирургических методов лечения при кистах поджелудочной железы, осложненных кровотечением. Материал и методы: за 10 лет на базе специализированного отделения многопрофильной клинической больницы пролечено 12 пациентов с кистами поджелудочной железы, осложненными кровотечением. Все пациенты - мужчины, в возрасте от 32 до 58 лет. Кисты на фоне хронического алкогольного панкреатита имели 7 пациентов, постнекротические кисты - 5 пациентов. Локализация в области головки была у 7 пациентов, тела - трех, хвоста - двух пациентов. В диагностике использовали УЗИ, ФГДС, СКТ, ангиографию. У 9 из 10 пациентов, при наличии клиники желудочно-кишечного кровотечения, во время ФГДС источник кровотечения не выявлен. У пациента 46 лет, в анамнезе перенесенный деструктивный панкреатит более года назад, клиника желудочно-кишечного кровотечения: дефект слизистой антрального отдела желудка принят за острую язву; при рецидиве массивного кровотечения пациент оперирован: лапаротомия, гастротомия - при ревизии задней стенки антрального отдела желудка выявлен свищ, сообщающийся с полостью ложной аневризмы в области тела поджелудочной железы. Ввиду

выраженного рубцово-воспалительного процесса данной зоны остановить артериальное кровотечение удалось только тампонадой - установкой в полость аневризмы катетера-баллона Фолея, выведенного наружу трансгастрально. Окончательная остановка кровотечения выполнена рентгенхирургически через 6 часов после СКТ-визуализации источника: экстравазация контраста из ветви левой желудочной артерии, последняя селективно эмболизирована. На третьи сутки катетер-баллон Фолея сдут, удален из желудка на 14-е сутки. Результаты: точность УЗИ (n=12), СКТ (n=10) и ангиографии (n=12) в выявлении источника кровотечения составила 58,3%, 80% и 91,7% соответственно. Всем пациентам выполнена селективная ангиография с эмболизацией или стентированием селезеночной, верхней брыжеечной, печеночной, левой желудочной, панкреатодуоденальных артерий. Во всех случаях удалось осуществить эффективный гемостаз. Летальных исходов не было. Выводы: СКТ - ангиография показана для оценки источника кровотечения перед эмболизацией, однако информативна при продолжающемся кровотечении. Ангиография целесообразна в экстренном порядке при невозможности проведения СКТ или при известном по локализации источнике кровотечения. Рекомендации: применение современных рентгенхирургических методов гемостаза в неотложной ситуации возможно и целесообразно при мультидисциплинарном подходе в лечении пациентов в условиях многопрофильного стационара. Своевременная диагностика, основанная на данных СКТ, проведение ангиографии с эмболизацией или стентированием артерий, являющихся источником кровотечения в кисту поджелудочной железы, в ряде случаев, являются единственно возможными способами эффективного гемостаза и спасения жизни пациента.

117.ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА И ДИВЕРТИКУЛА МЕККЕЛЯ У ДЕТЕЙ

Турсунов К., Сагымбаева А.А., Рузуддинов Д.Б., Сагымбаева А.А.

Алматы

- 1) Казахский Национальный Медицинский Университет им. С.Д. Асфендиярова,
- 2) Казахский медицинский университет непрерывного образования,
- 3) Центр детской неотложной медицинской помощи

Введение. Как известно, острый аппендицит (ОА) один из самых распространенных заболеваний в структуре хирургических патологий у детей. Сложности и диагностические ошибки происходят в особенности сочетание ОА и дивертикула Меккеля (ДМ), так как при ДМ диагностика данной патологии осложняется отсутствием патогномичных или характерных признаков, позволяющих вовремя поставить диагноз. Поэтому ОА по настоящее время остается актуальной темой не только в хирургии, но и в педиатрии, являясь междисциплинарной проблемой. Цель исследования. Ретроспективный анализ острого аппендицита и дивертикула Меккеля у детей. Материалы и методы исследования. В

приемный покой экстренной хирургии (ППЭХ) «Центре детской неотложной медицинской помощи» в период 2012-2016гг. с подозрением на острый аппендицит обратились 51 858 детей возрасте от 1 года до 14 лет. Результаты и обсуждения. Из 51 858 случаев госпитализировано 9 900 (19,1%) детей. Число оперированных детей по поводу ОА составляло 2806 (28,3%). Из оперированных 2806 (28,3%) пациентов у 17 (0,6%) детей интраоперационно обнаружен «дивертикул Меккеля». На основании жалоб, так как они схожи с острым аппендицитом (ОА) предварительно диагноз ДМ выставлен только одному (0,001%) ребенку. Интраоперационно было обнаружено: дивертикулит флегмонозной формы установлен у 9 (50%) детей, у 5 (27,7%) пациентов флегмонозно-гангренозный дивертикулит, при этом аппендикс не был изменен, в 1 (5,6%) случае осложнение ДМ гангренозно-перфоративной формы разлитым перитонитом в сочетании парезом кишечника II-III степени, в 3-х (16,7%) случаях осложнение ДМ непроходимостью кишечника. Исход хирургического лечения у всех детей благоприятный. Вывод. Таким образом, из обратившихся в ППЭХ с подозрением на ОА госпитализируется 19,1% больных. Из госпитализированных, только у 28,3% случаев выполняются экстренные хирургические вмешательства. Следует отметить что, дифференциальная диагностика дивертикула Меккеля и острого аппендицита, ввиду схожести клинических проявлений вышеупомянутых патологии представляет трудности. По нашим данным, в 94,4% случаях диагноз дивертикул Меккеля является интраоперационной находкой.

118.АНАЛИЗ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ПАРАРЕКТАЛЬНЫМИ СВИЩАМИ РАЗЛИЧНОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ В ЧОКБ 2015-2017 Г.Г.

Потемкин А.В., Васильев А.С., Рышков И.Л.

Челябинск

ФГБОУ ВО ЮУГМУ МЗ РФ, ГБУЗ ЧОКБ

Актуальность. Заболеваемость острым парапроктитом составляет 5 человек на 1000 населения, 0,5%-4% больных от общего числа пациентов в общехирургических стационарах. Распространенность хронического парапроктита по этиологии: 96% свищей прямой кишки возникает после острого парапроктита, 4% - после травм прямой кишки и операций. Хронический парапроктит развивается до 50-60% у больных, оперированных по поводу острого парапроктита, до 70-85% у больных при самостоятельном вскрытии острого парапроктита. Цель исследования. Анализ результатов лечения больных с параректальными свищами различной локализации. Материалы и методы. За 2015-2017г.г. в отделении гнойной хирургии пролечено 67 человек с параректальными свищами. Из них мужчин 38, женщин 29. Возраст пациентов был от 27 до 65 лет. По отношению свищевого хода к волокнам сфинктера были выделены следующие группы больных: интрасфинктерное (26) 42%, транссфинктерное (28) 41%, экстрасфинктерное (13) 17%. Всем больным выполнялось стандартное обследование

в объеме аноскопии, ректороманоскопии, контрастирование свища. Также интраоперационно выполнялось зондирование и контрастирование свища. При наличии интрасфинктерного свища выполнена операция Габриеля, 26 пациентов с трансфинктерными свищами оперированы по Габриелю, 11 по Габриелю со швами. Среди пациентов с экстрасфинктерной локализацией свища 3 человека с передним свищем оперированы с иссечением свища и ушиванием волокон сфинктера, 8 человек с задним свищем оперированы лигатурным способом. В послеоперационном периоде выполнялась ранняя активизация пациентов. Результаты. Средние сроки пребывания в стационаре больных с интрасфинктерными свищами составили 4-7 суток, с трансфинктерными свищами 8-11 суток, с экстрасфинктерными передними свищами 11-17 суток, с задними 9-17 суток. При использовании лигатурного способа этапное затягивание лигатуры выполнялось амбулаторно. Рецидивы свища при экстрасфинктерной локализации были у 3 пациентов (3.7%), при трансфинктерной локализации у 5 (5.8%). Выводы. 1. Все больные хроническим парапроктитом должны быть оперированы радикально в специализированных учреждениях после полного амбулаторного обследования в короткие сроки после установления диагноза. 2. Лигатурный метод лечения экстрасфинктерных и высоких трансфинктерных свищей прямой кишки по-прежнему является эффективным способом лечения, имеет преимущество перед другими методиками. 3. Уменьшение количества рецидивов хронического парапроктита возможно при оптимальном выборе метода и сроков оперативного вмешательства, тщательного соблюдения техники операции, адекватного контроля за больным в послеоперационном периоде. 4. Оптимальным является сокращение сроков стационарного лечения с последующим ведением больного в амбулаторных условиях с динамическим контролем.

119. ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ВЫСОКИМИ КИШЕЧНЫМИ СВИЩАМИ

А.В. Потемкин, И.Л. Рышков, К.О. Жданов

Челябинск

ФГБОУ ВО ЮУГМУ МЗ РФ, ГБУЗ ЧОКБ

Актуальность: лечение больных с несформированными высокими кишечными свищами является серьёзной проблемой в абдоминальной хирургии. Нами выполнен анализ результатов лечения пациентов с использованием систем активной аспирации. Цель исследования: улучшение результатов лечения пациентов с высокими несформированными свищами ЖКТ путём применения методов активной аспирации. Материал и методы: с 2014 по 2017годы в отделении гнойной хирургии Челябинской областной клинической больницы пролечено 24 больных с высокими свищами ЖКТ различной локализации. Мужчин было - 34, женщин - 21. Возраст больных от 23 до 73 лет. Сроки госпитализации - от 7 до 20 суток от начала заболевания. Наиболее частые причины появления высоких свищей ЖКТ: разлитой

гнойный перитонит, острая кишечная непроходимость, панкреонекроз, несостоятельность швов культи двенадцатиперстной кишки, травма органов брюшной полости. Состояние больных при поступлении было тяжелым или очень тяжёлым. У 56 больных подтвержден клинически и лабораторно сепсис с явлениями полиорганной недостаточности (ПОН). В день поступления или на следующие сутки проводилась ревизия раны с целью определения размеров свища, его отношение к окружающим тканям, полный свищ или неполный, сообщение его со свободной брюшной полостью. Пациентам проводилась инфузионная, антибактериальная терапия, ревизии раны под наркозом, сбор и возврат потерь из свища. Лечение кишечных свищей начинали с консервативной терапии с применением дренажно-поролоновой системы с активной аспирацией. В обязательном порядке всем больным установлен зонд в тощую кишку для возврата потерь из свища и энтерального питания. Результаты: при потерях из кишечного свища до 1000мл в сутки у 19(27,6%) больных удалось купировать явления ПОН и добиться формирования трубчатого, либо губовидного свища. Эти пациенты оперированы через два-четыре месяца в плановом порядке. Послеоперационной летальности не было. У 49(58,7%) больных, где потери были от 1000 до 2000мл в сутки, консервативная терапия оказалась мало эффективной. Больные истощались, явления ПОН не купировались. Все они прооперированы после краткосрочной подготовки. После операций умерло 9(20,4%) больных. Основная причина смерти – несостоятельность швов, гнойный перитонит. И 9(12,9%) больных не оперированы. Это была самая тяжелая группа с суточными потерями свыше 2000мл в сутки. Несмотря, на проводимую интенсивную терапию, все больные умерли. Заключение: Таким образом, лечение больных с высокими кишечными свищами представляет собой сложную задачу для хирурга 1.Тактика ведения больных зависит от их состояния при поступлении и от объёма потерь по свищу. Если потери не превышает 1000мл в сутки и полностью возвращаются можно добиться формирования трубчатого или губовидного свища и оперировать больных в плановом порядке с наименьшей летальностью. При потерях свыше 1000мл за сутки и прогрессирующем истощении больного, оперативное лечение показано после интенсивной подготовки, которая не должна превышать 7-10 дней. Если потери более 2000мл в сутки, выражены явления ПОН вопрос о тактике лечения представляет сложнейшую задачу. На наш взгляд единственным шансом на выздоровление является оперативное лечение. 2. Применение активной аспирации с обтуратором из пенополиуретана способствует более быстрому формированию свищей в условиях обширных гнойных ран и перитонита. 3. Предлагаемый нами способ является методом выбора при лечении данной патологии.

120.СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ У ЖЕНЩИН

Салемянов А.З.

Екатеринбург

МАУ «ГКБ №40»

Представлена сравнительная оценка результатов стандартной лапароскопической и трансвагинальной лапароскопической холецистэктомии у больных хроническим калькулезным холециститом. Цель исследования: Оценить преимущества применения трансвагинальной лапароскопической холецистэктомии перед стандартной лапароскопической холецистэктомией. Материалы и методы. На базе ГКБ №40 г. Екатеринбурга с июня 2009 года 47 пациенткам выполнена лапароскопическая трансвагинальная холецистэктомия (основная группа). Контрольную группу составили 50 пациенток, которым была выполнена стандартная лапароскопическая холецистэктомия. Обе группы были сопоставимы по антропометрическим данным, срокам заболевания, степени деструктивных изменений в стенке желчного пузыря и сопутствующей патологии. Использовали следующую технику лапароскопической трансвагинальной аппендэктомии. 5-мм троакар вводили трансумбиликально, 5-мм и 10-мм троакары вводили трансвагинально. Пузырный проток и артерию обрабатывали биполярным диссектором, клипирование осуществляли через 10 мм трансвагинальный порт. Препарат желчного пузыря извлекали через кульдотомное отверстие под визуальным контролем из трансумбиликального порта. Дренаж подпеченочного пространства выводили наружу через кульдоцентезное отверстие. В послеоперационном периоде оценивались: динамика клинических и лабораторных показателей, потребность в анальгетиках, выраженность болевого синдрома по визуально-аналоговой шкале (ВАШ), темпы купирования воспалительного синдрома, длительность пребывания в стационаре, косметический эффект. Результаты: Средняя продолжительность операции составила $42,4 \pm 9,7$ минут (в контрольной группе $33 \pm 7,9$ минут). Конверсий, интра- и послеоперационных осложнений не было. Все пациентки основной группы были выписаны на следующие сутки после операции и в дальнейшем наблюдались амбулаторно. В контрольной группе послеоперационный койко-день составил $1,7 \pm 0,4$. В основной группе течение послеоперационного периода было достоверно легче: быстрее нормализовалась температура тела, были менее выражены болевой синдром и потребность в анальгетиках, раньше наступила стабилизация лабораторных показателей. Средняя длина операционной раны на передней брюшной стенке в основной группе составила 6 ± 1 мм. В контрольной группе средняя длина операционных ран равнялась 28 ± 3 мм. Выводы: 1) данная технология применима и безопасна в лечении больных хроническим калькулезным холециститом; 2) преимуществом метода является отсутствие косметических дефектов на передней брюшной стенке; 3) на основании изучения болевого синдрома, потребности в анальгетиках, сроков нормализации клинических и лабораторных показателей можно говорить о снижении травматичности вмешательства при использовании трансвагинального доступа.

121.ОРГАНИЗАЦИЯ ЭТАПНОЙ ПОМОЩИ ПРИ ПАНКРЕАТОГЕННЫХ КРОВОТЕЧЕНИЯХ В СВЕРДЛОВСКОЙ ОБЛАСТИ

*Прудков М.И., Кочмашев И.В., Мансуров Ю.В., Шерстобитов В.Е., Шушанов А.П.,
Чернышев С.Д., Галимзянов Ф.В., Гафуров Б.Б.*

Екатеринбург

ГБУЗ СО «Свердловская областная клиническая больница 1»
Кафедра хирургических болезней ФПК и ПП,
ФГБОУ ВО «Уральский государственный медицинский университет»

По литературным данным летальность при консервативном лечении панкреатогенных кровотечений достигает 90%, хирургическое лечение позволяет сократить летальность до 22% при хроническом панкреатите, до 66,4% при остром панкреатите. Рентгеноваскулярные вмешательства, направленные на прекращение кровотока в поражённом сосуде считаются наиболее перспективными и, в то же время, наименее инвазивным способом решения этой проблемы, однако опыт их применения в отечественной практике пока не очень велик и сосредоточен в единичных клиниках России. Свердловскую область населяет 4, 5 миллиона человек, площадь области составляет 194800 км². Что требует определённых организационных решений для обеспечения специализированной медицинской помощью населения области. С целью приближения специализированной экстренной медицинской помощи к населению Свердловской области с 2011 г. организована трёх этапная медицинская помощь, включающая первичную медико-санитарную помощь, межмуниципальный центр и областную больницу. Область в своём составе имеет 10 межмуниципальных центров, которые выполняют этап второго уровня оказания специализированной медицинской помощи. Все межмуниципальные центры оснащены компьютерными томографами, часть из них оснащена магниторезонансными томографами и ангиографами. Первый и второй уровни имеют прямую связь друг с другом и третьим уровнем специализированной помощи – ГБУЗ СО СОКБ №1. С 2009 – 2017 г.г. в ГБУЗ СО СОКБ №1 было выполнено 45 эндоваскулярных хирургических вмешательств по поводу панкреатогенных кровотечений. Из них по поводу осложнений хронического панкреатита 29, осложнений операций на поджелудочной железе 9, осложнений острого панкреатита 6, осложнений опухолевого процесса 1. Из общего количества больных 21 были переведены из стационаров Свердловской области в экстренном порядке по поводу острых кровотечений из парапанкреатических сосудов, 4 из стационаров г. Екатеринбурга. Из них у 20 был выявлен источник кровотечения на уровне межмуниципального центра после выполненной компьютерной томографии с внутривенным контрастированием. Один пациент переведён из стационара первого уровня с кровотечением после выполненной операции в ГБУЗ СО СОКБ №1. Ещё 4 пациента были переведены из стационаров г. Екатеринбурга. После выполненной КТ данные , сразу же, направлялись на сервер ГБУЗ СО СОКБ №1. Кт-граммы повторно описывались ведущими лучевыми диагностами областной больницы, одновременно осуществлялись консультации хирургов стационаров 1 и 2 уровня с хирургами, принимающими решение и ведущими эндоваскулярными хирургами ГБУЗ СО СОКБ №1. Как правило, параллельно решались вопросы интенсивной терапии с заведующим РАО ГБУЗ СО СОКБ №1. Одновременно информация о пациенте поступала в региональный Центр медицины катастроф. На этом этапе

консилионно решались сроки и объёмы предтранспортировочной подготовки и мониторинга пациента. После принятия решения о транспортировке пациента в стационар третьего уровня и достижения временной остановки кровотечения консервативными мероприятиями, пациент транспортировался бригадой ТЦМК в стационар третьего уровня ГБУЗ СО СОКБ №1. К моменту прибытия пациента в Областную больницу готовилось место в РАО, освобождалась рентгеноваскулярная операционная с операционной бригадой. Эндovasкулярная остановка кровотечения у 20 из 24 пациентов была выполнена в первые 24 часа с момента поступления. При этом рецидив кровотечения во время транспортировки на конечном этапе или непосредственно в ГБУЗ СО СОКБ №1 в первый 24 часа мы наблюдали у 18 пациентов. Во всех наблюдениях удалось добиться надёжного гемостаза. Всем пациентам в последующем были выполнены оперативные вмешательства на поджелудочной железе или запланированы оперативные вмешательства с целью устранения причины возникшего кровотечения. Заключение: Трёхуровневая организация этапного оказания экстренной помощи больным панкреатогенными кровотечениями в условиях крупного субъекта федерации позволяет концентрировать пациентов на третьем уровне после согласованной предтранспортировочной подготовки для оказания эффективной специализированной медицинской помощи.

122. ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОГО НАРУШЕНИЯ ДУОДЕНАЛЬНОЙ ПРОХОДИМОСТИ В ПРАКТИКЕ ХИРУРГА

Зайцев Д.В., Казанцев В.В., Майбуров В.В., Турченко Р.Л., Власова В.В.

Ижевск

БУЗ УР "ГКБ №6 МЗ УР"

Актуальность: В клинической практике изолированное хроническое нарушение дуоденальной проходимости (ХНДП) встречается довольно редко и чаще всего обусловлено артериомезентериальной компрессией нижней горизонтальной ветви двенадцатиперстной кишки (ДПК). Неясная клиническая картина, отсутствие эффекта, а порой и прогрессирование симптомов болезни на фоне длительной консервативной терапии, определяют хирургическую актуальность данной проблемы. Цель работы: Изучить результаты хирургического лечения пациентов с артериомезентериальной компрессии нижней горизонтальной ветви двенадцатиперстной кишки и клиникой ХНДП. Материалы и методы: С 2007 по 2017 гг. с подозрением на наличие ХНДП обследовано 52 пациента. Выполнено УЗИ органов брюшной полости, видеогастродуоденоскопия, рентгеноскопия желудка и ДПК, компьютерная томография брюшной полости. Явная клиника ХНДП и показания к операции выявлены у 18 пациентов. Результаты: У всех 18 пациентов клиника соответствовала суб- и декомпенсированной стадии ХНДП. Среди пациентов преобладали женщины – 14 пациенток (77,8%). Средний возраст пациентов составил 34±4,8 года. У всех больных зафиксирован

дефицит массы – индекс массы тела составил $17,3 \pm 1,4$. При рентгеноскопии у всех пациентов отмечалось увеличение желудка в объеме. Обрыв тени просвета на уровне нижней горизонтальной ветви ДПК отмечен у 17 пациентов (94,4%). По данным компьютерной томографии, диаметр луковицы ДПК у 6 (33,3%) пациентов составил 4 – 4,9 см, у 9 (50%) пациентов 5 – 5,9 см, у трех пациентов (16,7%) – более 6,0 см. Расстояние между аортой и верхней брыжеечной артерией на уровне нижней горизонтальной части ДПК 10 – 15 мм выявлено у 4-х пациентов (22,2%), 7 – 10 мм у 11-ти пациентов (61,1%), у трех больных (16,7%) это расстояние было менее 7 мм. По данным УЗИ размеры желчного пузыря увеличены у всех больных. По данным видеогастродуоденоскопии острый эрозивный рефлюкс-эзофагит обнаружен у 9 пациентов (50%). Для коррекции хронической дуоденальной непроходимости всем больным мы выполняли операцию Робинсона в сочетании с операцией Стронга. Во время операции использовались интраоперационные критерии диагностики ХНДП. У 3-х пациентов (16,7%) выявлена стадия субкомпенсации А, у 9-ти пациентов (50%) – стадия субкомпенсации В, у шести пациентов (33,3%) декомпенсированная стадия ХНДП. После пересечения ДПК, прямой дуодено-дуодено анастомоз впереди верхней брыжеечной артерии наложен семи пациентам (38,9%), анастомоз «бок в бок» выполнен у 11-ти пациентов (61,1%). В послеоперационном периоде у всех пациентов длительное время наблюдался гастростаз, разрешившийся консервативно на $6 \pm 1,7$ сутки при анастомозе «бок в бок», при прямом анастомозе гастростаз разрешился на $3 \pm 0,9$ сутки. Длительность пребывания в стационаре составила $19 \pm 2,4$ койко-дней, выписаны в удовлетворительном состоянии, осложнений не было. Через год после операции обследовано 15 пациентов. Индекс массы тела составил $21,4 \pm 2,3$. По данным инструментальных методов исследования нарушений моторно-эвакуаторных функций пищеварительного тракта не выявлено. Качество жизни пациентов оценивалось по опроснику MOS SF-36, отличный результат обнаружен у 11 пациентов, хороший у 3-х, удовлетворительный у одного пациента. Случаев временной утраты трудоспособности в течение года по поводу гастроэнтерологических заболеваний у обследованных пациентов не было. Заключение: Таким образом, ХНДП является актуальной гастроэнтерологической проблемой. Ведение пациентов, страдающих ХНДП должно осуществляться терапевтами- гастроэнтерологами совместно хирургами. Показанием к оперативному лечению является отсутствие эффекта от консервативной терапии, при наличии инструментально подтвержденной клиники хронического нарушения дуоденальной проходимости в стадии суб- и декомпенсации. Оптимальным способом хирургического лечения ХНДП является операция Робинсона с прямым дуодено-дуодено анастомозом в сочетании с операцией Стронга.

123.ЭКСТРЕННАЯ ХИРУРГИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ ДЕТЯМ В СВЕРДЛОВСКОЙ ОБЛАСТИ

Цап Н.А. (1), Огарков И.П. (2), Макаров П.А. (2), Попов В.П. (3)

Екатеринбург

- 1) Уральский государственный медицинский университет,
- 2) Детская городская клиническая больница №9
- 3) Территориальный Центр медицины катастроф

Актуальность. Оказание помощи детям с хирургической патологией в крупном регионе зависит от эффективности внедрения принципов этапности и преемственности. Центр медицины катастроф привлекается часто к ситуациям, которые не могут быть отнесены к истинным чрезвычайным ситуациям, условно обозначаемым термином «событие риска», а основным гарантом сохранения жизни и здоровья населения являются многопрофильные больницы. Использование интегрированной системы лечебно-эвакуационных мероприятий для оказания экстренной помощи – важный фактор обеспечения государством прав ребенка. Сложность выполнения этой задачи состоит в территориальной отдаленности первичного госпитального звена от многопрофильных больниц, имеющих все разделы детской хирургии. Цель – решение задач по интеграция кадровых и лечебно-диагностических возможностей многопрофильных детских клинических больниц и информационно - консультативных и лечебно-эвакуационных возможностей ТЦМК, по внедрению модели структуры, управления и принятия тактических решений, методики лечебно - эвакуационных мероприятий детей с хирургической патологией. Материалы и методы. На территории Свердловской области активно реализуется деятельность объединенной региональной структуры: 1) муниципальные медицинские учреждения, 2) ТЦМК и его межрайонные филиалы, 3) ДГКБ №9, и в меньшей степени ОДКБ. Для эвакуации детей из территорий области используется санитарный транспорт ТЦМК – реанимобили класса «С», оборудование и аппаратура которых отвечают требованиям максимальной безопасности и эффективности транспортировки ребенка. В случаях отдаленности территории более 250 км и объективной необходимости сокращения времени транспортировки детская бригада ТЦМК эвакуирует ребенка санитарным вертолетом «МИ-8». Результаты и обсуждение. В динамике обращаемость ММУ за экстренной консультативной и лечебной помощью по журналам регистрации вызовов оперативно-диспетчерской службы ТЦМК имеет возрастающую тенденцию (от 5,4% до 18,9% санитарных заданий). Санитарные задания выполняются по профилям травматология, хирургия, комбустиология. Основной вид выполнения санитарного задания – выезд бригады ТЦМК к ребенку, оценка степени нарушения витальных функций, подготовка к безопасной транспортировке и эвакуация ребенка на специализированный этап лечения. Востребованность выездной работы детской консультативной лечебно-эвакуационной бригады (ДКЛЭБ) составляет ежегодно от 60 до 80% от пакета санитарных заданий. Врачи ДКЛЭБ, прибывшие в хирургические, реанимационные отделения ММУ, выполняют первоочередную задачу – оказание высококвалифицированной помощи больному ребенку, но их деятельность на местах носит и экспертирующий, и обучающий характер. Бригада изучает медицинскую документацию, проводит экспертизу полноценности клиничко-лабораторной диагностики, адекватности и своевременности хирургических вмешательств и реанимационных мероприятий, медикаментозной и инфузионной терапии. Анализ

своевременности обращения врачей ММУ за консультативной и лечебной помощью – в первые 2-24 часа, информирование ОДО в максимально ранние сроки от момента поступления ребенка. Показатель «поздней обращаемости» снизился в 10 раз, своевременное и раннее обращение врачей ММУ констатировано в 92% клинических случаев. Наиболее трудоемкий и ответственный раздел деятельности бригад – безопасная транспортировка ребенка. Обеспечение безопасности начинается с определения критериев транспортабельности. Первично нетранспортабельными были признаны 126 детей, среди них летальность составила 23,3%. Отсроченная транспортировка 85 детей осуществлена при стабилизации состояния в сроки от 2 суток до 5 дней. На специализированный этап хирургической помощи транспортированы за 10 лет 1176 детей. Уровень госпитализации от пакета санитарных заданий с выездом бригады составил – 89,3%. Заключение. Обеспечена доступность, этапность и преемственность специализированной хирургической помощи ребенку независимо от удаленности его проживания.

124. ЛЕЧЕБНЫЕ ЗАДАЧИ ЛАПАРОСКОПИИ ПРИ ЗАКРЫТОЙ ТРАВМЕ ЖИВОТА У РЕБЕНКА

Цап Н.А. (1), Великанов А.В. (2), Чукреев А.В. (2)

Екатеринбург

- 1) Уральский государственный медицинский университет,
- 2) Детская городская клиническая больница №9

Актуальность. Развивающаяся эндоскопическая хирургия сначала вытеснила на этапе диагностики закрытой травмы живота (ЗТЖ) лапароцентез, заменив его более информативной диагностической лапароскопией, а затем была внедрена лечебная (терапевтическая) лапароскопия, позволившая существенно улучшить результаты лечения ЗТЖ, особенно при сочетанной травме. При повреждениях внутренних органов у детей необходимо продолжать воздействовать на управляемые причины неадекватной хирургической тактики, а именно: на показатель диагностических, лечебно-тактических ошибок, необоснованного расширения показаний к лапаротомии и органоуносящим вмешательствам. Цель – обосновать выбор лапароскопии как оптимального метода диагностики и лечения разрывов органов брюшной полости с внутрибрюшным кровотечением (ВБК) в детском возрасте. Материалы и методы. В клинике детской хирургии пролечены 213 детей с изолированным и полисочетанным повреждением 262 органов, в структуре которых повреждения селезенки составили 61,5% (161), печени – 32,8% (86), сальник, межорганные связки, забрюшинные гематомы 5,7% (15). ЗТЖ получена детьми от 1,5 до 15 лет в результате падения ребенка на предмет (49,8%), транспортной травмы (29,1%), кататравмы (11,4%), избиения (7,8%), падения на ребенка тяжелого предмета (5,4%). Преимущественно это были мальчики (76,1%). В первые 1-3 часа после получения травмы поступили 69,9% пострадавших. Повреждения, сочетанные с ЧМТ различной степени тяжести,

переломами костей скелета, закрытой травмой органов грудной клетки, а также политравма составили 45,6%. Оценка клинической картины и лабораторных изменений при ЗТЖ проведена по 17 клиническим признакам и 23 лабораторным параметрам. Для уточнения степени тяжести внутрибрюшной катастрофы выполнялись экстренное УЗИ и по показаниям КТ черепа, грудной и брюшной полостей. Сокращенный объем или комплексное клинико-лабораторное и инструментальное исследование диктовало показания, степень экстренности и агрессивности хирургического лечения на основе клинической сортировки по критерию «стабильность травмированного ребенка», отражающему тяжесть патогенетических изменений в организме. На основании оценки тяжести общего состояния ребенка, мониторинга гемодинамических показателей и показателей красной крови, степени травматического и/или геморрагического шока выделено 3 лечебно-тактические группы, качественные и количественные показатели подвергнуты математическому анализу с определением критерия диагностической информативности. Результаты. Критерии клинической сортировки разделили пострадавших по лечебно-тактическим группам: стабильная (46,9%), условно-стабильная (43,5%), нестабильная (9,6%). При наличии характерных УС-признаков внутрибрюшного кровотечения выполняли лапароскопию, которая при абдоминальной травме имеет свои задачи, особенности и этапность. Первичная ревизия устанавливает стабильность ситуации или определяет показания к конверсии доступа. Выполняется эксфузия крови из брюшной полости. Объем реинфузированной крови у 68,2% детей составлял от 150 до 1100 мл. Определить прямые признаки повреждения (локализация, степень разрыва) чаще всего не удается из-за отграничения разрыва сальником или достаточно плотным сгустком крови. Эндосемиотика базируется на косвенных признаках: сгусток крови вокруг органа или непосредственно в месте предполагаемого разрыва, имбибиция кровью прилежащих межорганных связок. Отсутствие продолжающегося ВБК является показанием к завершению лечебной лапароскопии, дренированию брюшной полости. Заключение. Лапароскопия эффективна при разрывах селезенки в 75% случаев, при разрывах печени – 35%, при разрывах сальника, межорганных связок – 100% детей. При множественной травме эндохирургические мероприятия удались у 28,6% пациентов, при сочетанной травме – у 80,6% детей. Лапароскопия при ЗТЖ – оптимальный метод лечения абдоминальной травмы у детей в стабильной и условно – стабильной лечебно-тактических группах, снижает количество органоуносящих оперативных вмешательств.

125.СОВРЕМЕННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ЛЕЧЕНИИ АППЕНДИКУЛЯРНОГО ПЕРИТОНИТА У ДЕТЕЙ

Огарков И.П. (2), Цап Н.А. (1), Чукреев В.И. (2), Черненко Л.Ю. (1)

Екатеринбург

- 1) Уральский государственный медицинский университет,
- 2) Детская городская клиническая больница №9

Актуальность. Диагностика и лечение детей с аппендикулярным перитонитом (АП) успешно совершенствуются. Доказаны приоритеты эндохирургии, широко используется лапароскопическая аппендэктомия (ЛА), изменились методика санации брюшной полости (БП) и выбор растворов антисептиков, обсуждаются показания и способы дренирования БП. Цель – анализ результатов лечения детей с местным и разлитым аппендикулярным перитонитом при использовании лапароскопической аппендэктомии, разработанных методов санации и дренирования брюшной полости. Материалы и методы. За 5-летний период пролечено 252 ребенка в возрасте от 11 месяцев до 17 лет, что составило 15,7% от всех детей, заболевших острым аппендицитом. Критерием включения является наличие у ребенка АП любой распространенности с клинико-лабораторной картиной ССВО, оперативные вмешательства выполнялись лапароскопически. Всем детям проводилась предоперационная подготовка в ОАР. Базовые аспекты послеоперационной интенсивной терапии идентичны. Выполнялся статистический анализ анамнестических, клинико-лабораторных, интраоперационных особенностей АП, послеоперационных осложнений. Результаты и обсуждение. При анализе структуры АП выявлена особенность: преобладание местного отграниченного перитонита (МОП) – 122 (48%) ребенка над разлитым (РП) – 75 (30%) детей и местным неограниченным (МНП) – 55 (22%) пациентов. Выявлена зависимость между длительностью заболевания и формой перитонита: так МОП формируется при длительности заболевания в среднем 5 суток, а развитие РП и МНП происходит в течение 2 суток. Оперативные вмешательства начаты с лапароскопии у 126 (90,6%) пациентов; успешно завершены удалением червеобразного отростка и полноценной санацией БП при всех формах АП в 105 (83,3%) случаях. В алгоритме ЛА при АП важное место принадлежит эндоскопической санации БП, обоснованию показаний к дренированию или отказа от такового, что и было использовано как инновационный путь в лечении АП у 53% детей с РП, у 95% больных с МНП и у 25% пациентов с МОП. У 13 детей со сформированным, но имеющем «рыхлое» строение периаппендикулярным абсцессом, удалось под полным визуальным контролем нетравматично разрушить абсцесс, тщательно пошагово разделяя его. При обнаружении у 21 (16,7%) ребенка «плотного» абсцесса с выраженным воспалительно-адгезивным отграничением с целью минимизации риска повреждения органов, и в первую очередь петель кишечника, не затягивая время, принималось решение о конверсии доступа. При разлитом АП оперативное вмешательство в объеме ЛА, санации БП проведено у 65 (86,7%) детей, среди которых успешно применен бездренажный метод ведения – 34 (52,3%) ребенка. Конверсия к лапаротомии потребовалась у 3 (4%) пациентов. Первичная лапаротомия срединным доступом или Волковича-Дьяконова выполнена 7 (9,3%) детям. Осложнения при РАП отмечены у 6 (8%) детей, в 2 случаях ликвидированы лапароскопически. При открытой лапаротомии классически выполнялись все этапы: вскрытие, санация, дренирование

гнояника. Осложнения в виде абсцессов и тонкокишечного свища возникли у 5 (5,2%) детей при открытых операциях и у 7 (4,5%) детей при ЛА с дренажным и бездренажным методом ведения, ликвидированы оперативным путем. Летальных исходов не было. Все дети выздоровели. Заключение. При АП у ребенка любого возраста оптимальным оперативным вмешательством является ЛА, санация БП и определение показаний к дренированию по тяжести интраоперационной картины. Санация БП должна предусматривать не только механическое отмывание гноя, но и патогенетическое воздействие антисептика на микрофлору, что способствует купированию воспаления и снижению адгезии брюшины. Наличие дренажа в БП не снижает достоверно количество ближайших гнойных осложнений, что свидетельствует об отсутствии целевой функции дренажа по эвакуации патологического выпота. Эндосемиотика гнойно-воспалительного, инфильтративно-адгезивного процесса в БП лежит в основе показаний к конверсии, что необходимо в среднем у 16-17% пациентов.

126. ГЕМОРРОИДЭКТОМИЯ С ПОМОЩЬЮ ГАРМОНИЧЕСКОГО СКАЛЬПЕЛЯ ULTRASICION

*Жданов К.О., Васильев А.С. Дольников М.Е., Потемкин А.В.,
Рышков И.Л., Филонов А.В.*

Челябинск

ГБУЗ ЧОКБ

Геморрой является наиболее часто встречающейся проктологической патологией. Распространенность достаточно высока и составляет 118-120 человек на 1000 взрослого населения, а удельный вес в структуре колопроктологических заболеваний колеблется от 34 до 41%. Цель: Уменьшение болевого синдрома в послеоперационном периоде, сокращение сроков стационарного лечения после выполнения геморроидэктомии. Материал и методы исследования: В исследование включены 62 больных с хроническим геморроем 3 и 4 стадии, прооперированных ГБУЗ «ЧОКБ» в период с 01.02.17 по 02.11.17. Среди больных было 38 (61%) женщин и 24 (39%) мужчин в возрасте от 20 до 76 лет. Средний возраст составил 56 лет. Результаты исследования и обсуждение: Пациентам с 3 и 4 стадией геморроя были проведены два вида оперативных вмешательств: 1) Геморроидэктомия с восстановлением слизистой прямой кишки и анодермы. Для восстановления слизистой и анодермы применялись отдельные узловые швы, шовный материал викрил. 2) «Открытая» геморроидэктомия с помощью гармонического скальпеля Ultrasicion (ГГС). При данной методике выполнялось лигирование только ножек внутренних геморроидальных узлов, слизистая прямой кишки и анодерма не ушивались. Геморроидэктомия с восстановлением слизистой (классическая геморроидэктомия) проведена 20 пациентам. Геморроидэктомия с помощью гармонического скальпеля проведена 42 пациентам. В послеоперационном периоде отмечено снижение болевого синдрома у пациентов прооперированных с помощью

гармонического скальпеля. После выполнения операции гармоническим скальпелем применение наркотических анальгетиков не требовалось, после классической методики- обезболивание наркотическими анальгетиками в 12 случаях в первые сутки после операции. В дальнейшем послеоперационном периоде для обезболивания применялись нестероидные противовоспалительные средства, после классической геморроидэктомии- в среднем около 10 инъекций, после геморроидэктомии гармоническим скальпелем- 6 инъекций. При этом средняя оценка по 10- бальной шкале боли, предложенной пациентам в первые сутки послеоперационного периода, после классической методики составила – 8,1, после ГГС- 6,5. Средние сроки стационарного лечения после классической методики составили- 6-7 суток. Сроки госпитализации при выполнении операции гармоническим скальпелем сократились и составили в среднем – 5 суток. Выводы: Выполнение геморроидэктомии гармоническим скальпелем позволяет снизить болевой синдром в послеоперационном периоде, сократить сроки стационарного лечения пациентов.

127. ПРИМЕНЕНИЕ ВАКУУМНОЙ ТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ СО СТЕРНОМЕДИАСТЕНИТОМ ПОСЛЕ КАРДИОХИРУРГИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ СО СТЕРНОТОМИЕЙ

*Васильев А.С., Дольников М.Е., Жданов К.О., Петрова Ю. О.,
Потемкин А.В., Рышков И.Л., Филонов А.В.*

Челябинск

ГБУЗ ЧОКБ

Актуальность. По данным литературы, послеоперационные осложнения после срединной стернотомии - острый медиастенит и остеомиелит грудины и ребер составляют 0,4-6,0%. Рост операций на сердце и сосудах с применением срединной стернотомии сопровождается увеличением тяжелых инфекционных осложнений с высокой летальностью (до 47%) в группе риска по развитию послеоперационного стерномедиастенита (от 12 до 20%). Цель исследования. Оценить эффективность вакуум – терапии в лечении послеоперационного остеомиелита грудины и стерномедиастенита. Материалы и методы. За период 2012 – 2016 года на базе отделения гнойной хирургии в Челябинской областной клинической больнице (ЧОКБ) пролечено 12 пациентов (8 женщин, 4 мужчин) после кардиохирургических операций с применением срединной стернотомии и искусственным кровообращением (ИК). Средний возраст больных составил 58,6. Из них 6 пациентов были прооперированы в Федеральном центре сердечно – сосудистой хирургии и 6 на базе кардиохирургического отделения ЧОКБ. Послеоперационный период у данных пациентов осложнился развитием остеомиелита грудины и стерномедиастенита. У всех больных присутствовали основные предоперационные факторы риска: сахарный диабет – 5 пациентов, ожирение (индекс массы тела >30) – 6 пациентов, хроническая обструктивная болезнь легких – 1 пациент. Основной

интраоперационный фактор риска у всех пациентов – ИК. Все пациенты относились к разряду тяжелых. Традиционные методы лечения обширных гнойных ран с необходимостью частых ревизий под наркозом являются травматичными, более затратными. Метод пассивного дренирования менее эффективен метода активного дренирования и тем более вакуум – терапии. Учитывая тяжесть состояния пациентов, использование вакуум – терапии является более рациональным способом ведения обширных инфицированных ран. Вакуум – терапия самостоятельно использовалась у 11 пациентов, у 5 она сочеталась с приточно – вакуумным дренированием. Все пациенты получали антибактериальную, дезинтоксикационную, инфузионную, симптоматическую терапию, коррекцию сопутствующей патологии. Результаты. По распространенности процесса пациенты были разделены на 4 группы: 1. нагноение раны с контактным остеомиелитом грудины – 3; 2. свищ и нагноение с контактным остеомиелитом грудины – 4; 3. медиастенит, контактный остеомиелит грудины – 4; 4. свищ, контактный остеомиелит грудины, медиастенит – 1. 6 пациентов (50%) получали лечение в отделении реанимации и интенсивной терапии, средний койко – день составил 16,8. При стабилизации состояния эти пациенты были переведены в отделение гнойной хирургии. Средняя длительность лечения пациентов в отделении гнойной хирургии – 27 дней (минимальное и максимальное количество дней – 7 и 52 соответственно). Выводы. 1.Вакуумная повязка способствует сохранению влажной среды раны, что важно для процессов фибринолиза и ангиогенеза. 2.Постоянное отрицательное давление и активная аспирация способствуют более активной деконтаминации раны и, как следствие, сокращению сроков лечения. 3.При наличии соответствующей материальной базы желателно использовать оригинальные фирменные аппараты и расходные материалы, т.к. доказана максимально высокая эффективность переменного отрицательного давления, которого невозможно добиться при использовании централизованного вакуума, и специального матрикса из пенополиуретана с определенной ячеистой структурой.

128.ОЖГОВАЯ ТРАВМА ВНЕПЕЧЕНОЧНЫХ ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ ПРИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ

Кубачев К.Г., Фокин А.М.

Санкт-Петербург

ФГБОУ ВО «СЗГМУ им. И.И. Мечникова»

Мы наблюдали 46 пациентов, у которых стриктура внепеченочных желчных протоков развилась в течение 30 – 90 дней после лапароскопической холецистэктомии. До выполнения данного оперативного вмешательства признаков стриктуры внепеченочных желчных протоков и нарушение желчеоттока у пациентов при инструментальных исследованиях не было выявлено. Пациенты ранее были оперированы в разных лечебных учреждениях. 16 из них хирургическое вмешательство было выполнено в плановом порядке по поводу

холецистолитиаза, 30 – при обострении хронического калькулезного или острого холецистита либо при развитии механической желтухи вследствие холедохолитиаза. 39 больным была выполнена лапароскопическая холецистэктомия, 7 – лапароскопическая холецистэктомия, холедохолитотомия, дренирование холедоха по Керу. Отсутствие проблем, связанных с проходимостью магистральных желчных протоков перед лапароскопической холецистэктомией, короткие сроки развития стриктуры после операции, отсутствие механического повреждения протоков во время вмешательства, позволяет предположить, что причиной развития стриктур явилась термическая травма протока. Факт наличия стриктуры подтверждали посредством инструментальных методов исследования. Наибольшей чувствительностью обладали ЭУС, МР-холангиография и РХПГ. У 23,9% больных стриктура гепатикохоледоха диагностирована на 30 – 50 сутки после лапароскопической холецистэктомии. В остальных случаях клинические проявления непроходимости желчных протоков развились в период 51 – 90 суток. У 65,2% больных протяженность стриктуры составила от 11 до 20 мм. Короткие стриктуры (менее 10 мм) были выявлены у 18,2% больных. В остальных случаях имело место полное или частичное рубцовое поражение конfluence. Лечение пациентов осуществляли в 2 этапа. В первую очередь выполняли дренирующие операции, позволяющие устранить желтуху и нормализовать параметры гомеостаза. Для этой цели у 22 больных выполнено чрескожное чреспеченочное дренирование желчных протоков в условиях рентгеноперационной (19) или под УЗИ-наведением (3). Из них стентирование после баллонной дилатации стриктуры, как окончательный вид вмешательства, выполнено у 3 больных, наружновнутреннее дренирование – у 6 пациентов. Наружное дренирование протоков осуществлено у 13 больных, в том числе левого печеночного протока – у 3, правого – у 7, обоих протоков – у 3 больных. Умерли после чрескожных чреспеченочных вмешательств 3 (13,6%) больных вследствие прогрессирования гнойного холангита с развитием холангиогенных абсцессов печени и билиарного сепсиса. У 24 больных дренирующие вмешательства выполнены посредством РХПГ, ПСТ. У 4 пациентов использовали саморасправляющиеся металлические стенты (как окончательный вид пособия), в остальных случаях, когда предполагалось выполнение второго этапа операции, дренирование осуществляли пластиковыми стентами (17) или назобилиарным дренажом (3). У 37 больных, после устранения желтухи, нормализации параметров гомеостаза, ликвидации явлений холангита выполнены следующие реконструктивные оперативные вмешательства: гепатикоюноанастомоз с выключенной по Ру петлей через 1 месяц с дренированием типа Фелькерн – у 2, гепатикоюноанастомоз с выключенной по Ру петлей через 1 месяц с дренированием Гетцу – Сейпол – Куриану – 26 и бигепатикоюноанастомоз с выключенной по Ру петлей через 3 месяца с дренированием Гетцу – Сейпол – Куриану – у 9 больных. Общая летальность составила 6,5%.

129.ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ АППЕНДЭКТОМИЯ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ АППЕНДИЦИТОМ

*Лосев Р.З., Хмара М.Б., Горфинкель И.В., Козлов В.В., Гнилосыр П.А.,
Горохов С.В., Черемисин В.Н., Калюжный А.И., Самарина Д.В.*

Саратов

ФГБОУ ВО "Саратовский ГМУ им. В.И.Разумовского Минздрава России"

Проведен анализ результатов лапароскопической аппендэктомии у 114 больных острым аппендицитом в клинике госпитальной хирургии с 2012 по 2016 г. Больные (64 женщины и 50 мужчин) были в возрасте от 15 до 62 лет. Все пациенты были с деструктивными формами аппендицита. В большинстве случаев (86,8%) отросток располагался типично, тазовое расположение его выявлено – в 8,8%, ретроцекальное – в 4,4% случаев. Важным этапом операции является надежная обработка культи аппендикса. У 13 больных (11,4%) на основание отростка были наложены две петли Редера. С 2008 года в клинике применяется преимущественно однолигатурный способ обработки культи червеобразного отростка (92 больных). Средняя продолжительность лапароскопической аппендэктомии составила 35 минут, что сопоставимо с традиционной открытой операцией. После удаления отростка выполнялась санация брюшной полости: в 15 случаях (13,2%) при местном перитоните был установлен дренаж в правую подвздошную область, в 99 (86,8%) – брюшная полость ушита наглухо. Интраоперационное осложнение (кровотечение из артерии червеобразного отростка) было у одного больного, кровотечение остановлено электрокоагуляцией. В 5 случаях (4,38%) возникла необходимость конверсии эндоскопического вмешательства в традиционную аппендэктомию (при рыхлом инфильтрате и наличии перфорации с гнойником). В послеоперационном периоде отмечены четыре осложнения: инфильтрат (у двух пациентов), поддиафрагмальный абсцесс и гнойник в правой подвздошной области с прорывом в брюшную полость. Все эти интра- и послеоперационные осложнения наблюдали на начальном этапе освоения лапароскопической аппендэктомии. Среднее время пребывания больных в стационаре после эндоскопического вмешательства по поводу острого аппендицита составило 5 суток. Таким образом, обоснованная лапароскопическая аппендэктомия отличается минимальным количеством осложнений, возможностью проведения полноценной ревизии органов брюшной полости, быстрым восстановлением трудоспособности и хорошим косметическим эффектом.

130. НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ТРЕХУРОВНЕВОЙ СИСТЕМЫ ОКАЗАНИЯ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ

Михайлова С.А., Бусыгин С.Н., Котельников О.А., Нусратов М.И.

Челябинск

ГБУЗ "Областная клиническая больница №2"

Актуальность. Несмотря на развитие в течение последних нескольких лет трехуровневой системы оказания медицинской помощи пациентам хирургического профиля, направленной в том числе и на снижение больничной летальности от экстренной хирургической патологии, за последние 15 лет не наблюдается кардинальных изменений общей и послеоперационной летальности при данных состояниях. Материалы и методы. Нами была проанализирована работа хирургического отделения ГБУЗ «Областная клиническая больница №2», относящейся ко второму уровню трехуровневой системы хирургической помощи, с 2001 по 2016 годы. Анализ подверглась в том числе структура госпитализированных пациентов по нозологиям, возрасту, хирургическая работа отделения, исходы заболевания. Результаты и обсуждение. За исследуемый период отмечается устойчивая тенденция к увеличению количества пролеченных пациентов на 14,3 %. При этом возросла доля пациентов, госпитализированных по экстренным показаниям с 67,1% до 76,3%. Следует отметить, что коечная мощность отделения за 15 лет уменьшилась на 18 %, при этом средняя длительность лечения уменьшилась за 15 лет на 8,4%, что свидетельствует о положительной тенденции к ранней выписке пациентов из стационара. Значительным изменениям подверглась структура госпитализированных пациентов, в том числе по основным экстренным хирургическим нозологиям. Так, доля пациентов с острым аппендицитом в общем числе госпитализированных пациентов уменьшилась на 34,7 %, доля пациентов с острым холециститом уменьшилась на 30,6%, значительно (на 71,4%) увеличилось число пациентов с острым панкреатитом, с гастродуоденальными кровотечениями (на 88,8%). Общая летальность по основным хирургическим нозологиям снизилась при остром холецистите, остром панкреатите, гастродуоденальных кровотечениях, неопухоловой кишечной непроходимости, ущемленной грыже, незначительно выросла – при перфоративной язве. При этом общая летальность в хирургическом отделении возросла с 2,9 до 3,9 на 100 пролеченных, значительный вклад внесла группа «прочих хирургических болезней», к которым относятся: осложненный рак ЖКТ, неязвенные кровотечения, инкурабельные онкологические пациенты (неоперированные). Анализ государственного задания по профилю «хирургия» свидетельствует об отсутствии его увеличения за последние несколько лет. Сопоставление средней стоимости лечения высокотехнологичных экстренных хирургических нозологий (в первую очередь, тяжелый панкреонекроз) с оплатой соответствующей клинико-статистической группы свидетельствует о том, что сумма оплаты не покрывает и 10% стоимости лечения пациента. Вывод. Подавляющей части пациентов с экстренной хирургической патологией медицинская помощь оказывается и должна оказываться в медицинских организациях второго уровня, поскольку эти нозологии не требуют применения высокотехнологичных методов диагностики и лечения. В связи с этим следует обратить внимание при планировании ресурсов здравоохранения на техническое оснащение указанных медицинских организаций, в том числе тяжелым медицинским оборудованием, на увеличение их финансового обеспечения,

на изменение системы подготовки медицинского персонала, в том числе по программам дополнительного образования в рамках непрерывного медицинского образования. При доработке трехуровневой системы оказания экстренной хирургической помощи необходимо сместить приоритеты, в том числе финансовые, в направлении специализированной медицинской помощи, поскольку принципиальным отличием от других отраслей медицины (кардиология, неврология и другие) является то, что ключ к снижению смертности населения от экстренной абдоминальной хирургической патологии лежит в рамках именно специализированной медицинской помощи, оказываемой преимущественно в медицинских организациях второго уровня.

131.ЭТАПНЫЙ ХИРУРГИЧЕСКИЙ ПОДХОД И РАННЯЯ АНТИОКСИДАНТНАЯ ТЕРАПИЯ В ЛЕЧЕНИИ ПАНКРЕОНЕКРОЗА

Фуныгин М.С., Демин Д.Б.

Оренбург

ОрГМУ

Введение Острый панкреатит (ОП) в настоящее время занимает одно из ведущих мест в структуре экстренных хирургических заболеваний. В основе патогенетической терапии ОП лежит концепция «обрывающей» терапии, действующей на ведущие патогенетические звенья ОП, наиболее эффективной именно в первые сутки, до окончательного формирования панкреонекроза. В данном ракурсе интерес представляет тиоктовая кислота (ТК), являющаяся антиоксидантом широкого спектра действия. Именно ТК применялась нами в качестве ранней антиоксидантной терапии. Цель исследования Улучшить результаты лечения ОП на основе применения ТК и этапного хирургического подхода. Материал и методы Изучены результаты лечения 94 пациентов с ОП. Все пациенты поступили на досрочном сроке заболевания. Тяжесть ОП при поступлении по шкале Glasgow-Imrie (1984) не менее 2 баллов. Все обследованные больные разделены на 2 группы. В I группе (47 человек) всем пациентам проводилось традиционное комплексное лечение. Пациентам II группы (47 человек) при поступлении и далее ежедневно в течение всего периода лечения дополнительно вводили внутривенно капельно 600 мг ТК в сутки. Результаты и обсуждение В нашем исследовании из 94 пролеченных больных консервативно проведено 32 пациента (34%). В I группе пролечены консервативно без развития признаков панкреонекроза 12 (25,5%) пациентов, во II – 16 (34%) больных. Использование ТК, как одного из звеньев комплексного лечения позволило у 5 (10,6%) пациентов II группы вызвать феномен «обрыва», то есть полностью купировать развивающийся тяжелый ОП. Во II группе у 4 (8,5%) пациентов с развившимся панкреонекрозом удалось добиться выздоровления, используя только консервативную терапию. То есть, у пациентов с клиникой тяжелого ОП с внепанкреатическим распространением процесса консервативная терапия с применением ТК привела к полному

выздоровлению только консервативными мероприятиями. Всего подвергнуто оперативному вмешательству в I группе 35 (74,5%) пациентов, из них только малоинвазивные вмешательства выполнены 18 пациентам, во II – 27 (57,5%) больных, только малоинвазивные вмешательства выполнены 23 пациентам. У пациентов I группы инфицирование возникло в 11 случаях (23,4%), из них 3 пациента умерли. Во II группе панкреонекроз инфицировался у 5 пациентов (10,6%), летальных исходов от инфицированного панкреонекроза не было. Открытые вмешательства как окончательный метод выполнены в I группе у 14 (29,8%) пациентов, во II группе – у 3 (6,4%). Причем, как стартовый метод лапаротомия («первичная» лапаротомия) в I группе применена у 11 (23,4%) оперированных больных, а во II только у 1 пациента (2,1%). Из этих пациентов погибли 2 больных I группы. Общая летальность составила в I группе 6 (12,8%) пациентов, а во II группе – 2 (4,3%) пациентов. Послеоперационная летальность составила, соответственно, 17,1% и 7,4%, причем из 8 умерших пациентов 4 перенесли лапаротомию. В I группе у 3 больных причиной смерти была «ранняя» токсемия и у 3 больных «поздняя» токсемия. Во II группе оба пациента погибли в ранние сроки, а от поздних осложнений панкреонекроза летальных исходов не было. Выводы Этапный хирургический подход и ранняя антиоксидантная терапия позволяет снизить частоту развития панкреонекроза и его инфицирования. Тиоктовая кислота в комплексе с этапным хирургическим подходом значительно улучшает результаты лечения пациентов с острым панкреатитом.

132. ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА С УЧЕТОМ СОВРЕМЕННЫХ РОССИЙСКИХ КЛИНИЧЕСКИХ РЕКОМЕНДАЦИЙ

Фуныгин М.С. (1), Демин Д.Б. (1), Солодов Ю.Ю. (1), Савин Д.В. (2), Адам Д.В. (2)

Оренбург

1) ОрГМУ, 2) ГАУЗ «ГКБ им. Н.И. Пирогова»

Острый панкреатит (ОП) в настоящее время занимает одно из ведущих мест в экстренной абдоминальной хирургии. Заболеваемость ОП составляет от 200 до 800 человек на 1000000 населения в год. Нами проанализированы результаты лечения ОП в хирургическом отделении №2 ГАУЗ «ГКБ им. Н.И. Пирогова» г. Оренбурга в 2017 году. С января по октябрь 2017 г. в отделении пролечено 313 пациентов с ОП. С учетом классификации Российского Общества Хирургов (2014г.), пациенты были разделены на 3 группы: 1) пациенты с ОП легкой степени (отечный панкреатит); 2) пациенты с ОП средней тяжести (отграниченный панкреонекроз с транзиторной полиорганной недостаточностью); 3) пациенты с тяжелым ОП (субтотальный и тотальный панкреатический некроз с полиорганной недостаточностью). Пациентов с ОП легкой степени было 273. При поступлении у данной группы пациентов был умеренный болевой синдром в эпигастрии, отмечалось увеличение уровня амилазы в крови и моче в 2-3 раза. При УЗИ дополнительных жидкостных скоплений в брюшной полости и забрюшинной клетчатки не определялось, отмечалось снижение эхогенности и увеличение размеров

поджелудочной железы. Назначение комплексной консервативной терапии с применением лекарственного препарата группы соматостатины позволило у данной группы пациентов добиться остановки течения ОП и в ряде случаев вызвать феномен «обрыва». Основная масса пациентов выписана на 6-ые сутки консервативной терапии. У пациентов с ОП средней тяжести при первичном УЗИ выявлялась свободная жидкость в брюшной полости и сальниковой сумке, также в ряде случаев свободная жидкость в брюшной полости выявлена в ходе динамического УЗИ брюшной полости, что вместе с явлениями интоксикации и ферментативного перитонита послужило показанием к оперативному вмешательству. Прооперировано 17 пациентов. В 12 случаях операция выполнена на 2-ые сутки от начала консервативной терапии. 11 пациентам выполнена лапароскопия, санация, дренирование брюшной полости. Одному пациенту с билиарным ОП произведена эндоскопическая папилосфинктеротомия, что привело к полному купированию развивающегося панкреонекроза. У 2 пациентов оперативное вмешательство было дополнено лапароскопической холецистостомией, в связи с гипербилирубинемией и УЗ-признаками билиарной гипертензии. Трем пациентам выполнена пункция острых жидкостных скоплений сальниковой сумки под УЗИ-навигацией. Всем пациентам данной группы выполнена компьютерная томография брюшной полости с контрастированием для оценки объема поражения поджелудочной железы. После оперативного лечения пациентам продолжено лечение в условиях реанимационного отделения, где проводилось раннее энтеральное питание путем введения питательных смесей в зонд, установленный за связку Трейца, а также устанавливался эпидуральный блок. Таким образом, используя, все выше перечисленные современные принципы лечения у пациентов с ОП средней тяжести удалось избежать прогрессирования панкреонекроза и его инфицирования. Летальных исходов в данной группе не было. Летальность в группе пациентов с тяжелым ОП составила 37,5% (3 пациента), причем причиной смерти явилась панкреатогенная токсемия на фоне декомпенсации сопутствующих заболеваний в ранние сроки заболевания. Из 8 пациентов прооперировано 7. При этом только в 2 случаях после лапароскопии произведен переход на лапаротомию, у остальных же «стартовым» методом хирургического лечения осталась лапароскопия. Из выживших пациентов, у всех (5 пациентов) при компьютерной томографии выявлено субтотальное поражение поджелудочной железы с внепанкреатическим распространением процесса, что привело в дальнейшем к развитию инфицированного панкреонекроза. Применяя этапные малоинвазивные санации гнойных полостей, удалось добиться отграничения гнойного воспаления с последующим выздоровлением пациентов. Таким образом, применение адекватной комплексной консервативной терапии и этапного хирургического подхода, с учетом современных клинических рекомендаций позволяет добиться снижения частоты развития панкреонекроза и его инфицирования.

133.ОПЫТ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ АППЕНДЭКТОМИИ

*Фуныгин М.С. (1), Демин Д.Б. (1), Савин Д.В. (2), Солодов Ю.Ю. (1),
Бородкин И.Н. (2), Адам Д.В. (2)*

Оренбург

1) ОрГМУ, 2) ГАУЗ «ГКБ им. Н.И. Пирогова»

Острый аппендицит остается одной из самых актуальных проблем экстренной хирургии. Заболеваемость составляет около 4-5 случаев на 1000 человек в год. В последнее время все большее внимание уделяется лапароскопическим вмешательствам при острой хирургической патологии, в том числе и при остром аппендиците. За 2013-2017 гг. по поводу острого аппендицита выполнено 117 лапароскопических операций. В 105 случаях на операции выявлен острый флегмонозный аппендицит, в 10 острый гангренозный аппендицит и в 2 случаях операция выполнена по поводу острого катарального аппендицита. В основном лапароскопическим вмешательствам подвергались пациенты с трудными диагностическими случаями, а также женщины репродуктивного возраста, у которых клинически сложно провести дифференциальную диагностику между острым аппендицитом и острой гинекологической патологией. Большинству пациентов выполнена лапароскопическая аппендэктомия экстракорпоральным способом. С 2016 года нами более широко внедряется интракорпоральная лапароскопическая аппендэктомия. Прооперировано 13 пациентов по поводу острого флегмонозного аппендицита, у 10 больных аппендицит был осложнен местным серозным перитонитом. Использовался стандартный хирургический набор инструментов для лапароскопической хирургии. Брыжейка червеобразного отростка обрабатывалась поэтапно диссектором с монополярной коагуляцией. На червеобразный отросток накладывались 3 эндоскопических петли (endoloop ligature (Ethicon)), после отсечения отростка слизистая культи дополнительно коагулировалась. Суммарная длина послеоперационных ран составила 2,5 см. У всех прооперированных пациентов послеоперационный период протекал благоприятно. С первых суток пациенты активизировались и получали пищу в жидком виде. Осложнений не было. Все прооперированные больные выписаны на 7 сутки после операции. Выводы. Таким образом, лапароскопически-ассистированная аппендэктомия и интракорпоральная лапароскопическая аппендэктомия позволяют снизить травматичность операции, уменьшить длительность госпитального периода. В большей мере интракорпоральная аппендэктомия позволяет минимизировать операционную травму, что значительно снижает болевой синдром после операции и осложнения со стороны раны. Лапароскопическая аппендэктомия в полной мере соответствует современной концепции «fast-track surgery», позволяющей достичь лучших клинических результатов с максимальным экономическим эффектом.

134. МУЛЬТИДИСЦИПЛИНАРНЫЙ ПОДХОД В ЛЕЧЕНИИ ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ КОСТЕЙ И СУСТАВОВ

Михайлова С.А., Бусыгин С.Н., Котельников О.А., Щербинин Д.Н.

Челябинск

ГБУЗ "Областная клиническая больница №2"

Актуальность. Несмотря на успехи травматологии и ортопедии, частота развития инфекционных осложнений при оперативном лечении артрозов и переломов костей составляет от 5,6% до 68%, в том числе при эндопротезировании крупных суставов — до 3%. Традиционная консервативная терапия инфекций костей и суставов часто не приводит к полному излечению или длительной ремиссии. Медико-социальный аспект проблемы заключается также в возрастании числа пациентов с воспалительными заболеваниями костей и суставов после их эндопротезирования, а также в трудоспособном возрасте значительной части таких пациентов. Материалы и методы. В 2016 г. в ГБУЗ «Областная клиническая больница №2» была организована группа гнойной остеологии на базе отделения гнойной хирургии, в которую включены врач травматолог-ортопед, врач-хирург отделения гнойной хирургии, врач-анестезиолог-реаниматолог, врач-терапевт, врач-клинический фармаколог, врач-физиотерапевт, специалист по лечебной физкультуре. За 9 месяцев 2017 года нами было пролечено 107 пациентов с хирургической инфекцией костно-суставного аппарата, в том числе 27 пациентов с глубокой перипротезной инфекцией, 80 пациентов с хроническим остеомиелитом различной локализации. Основным методом лечения являлся двухэтапный подход: санация очага инфекции, включающая в себя хирургическую обработку с антибактериальной терапией, фиксацией кости с помощью различных методик, и использование современных методов лечения ран, в том числе NPWP-терапии, с последующим замещением костного дефекта. При репротезировании применялись одно- и двухэтапные операции. Одномоментное репротезирование: удаление эндопротеза, дебридмент, установка спейсера. При установке спейсера использовался ванкомицин, что связано с наличием у большинства пациентов лабораторно подтвержденной MRSA-инфекции и позволило снизить частоту рецидивов перипротезной инфекции. Двухэтапное репротезирование: 1 этап – удаление компонентов эндопротеза, дебридмент, санация очага инфекции с использованием Vac-терапии. 2 этап – установка спейсера с использованием костного цемента высокой вязкости с добавлением 2 г ванкомицина на 1 дозу цемента. Результаты. Из 27 пациентов с глубокой перипротезной оперировано (репротезировано) 18 пациентов (66,7%), в том числе четыре пациента с поражением коленных суставов, 14 пациентов с поражением тазобедренных суставов. В 9 случаях оперативное вмешательство не понадобилось: у троих пациентов свищи закрылись после консервативного лечения, в шести случаях от оперативного лечения решено было отказаться из-за тяжелой сопутствующей патологии. Из 80 пациентов с остеомиелитом оперировано 59 человек (73,8%), произведены остеотомии, некрсеквестэктомии. В остальных случаях консервативное лечение дало положительный результат. В процессе лечения глубокой перипротезной инфекции возникли два осложнения (11,1%): повторное инфицирование и вывих головки тазобедренного сустава. При лечении остеомиелитов зафиксировано четыре осложнения (6,8%) – повторные открытия свищей. Общая летальность у пациентов с перипротезной инфекцией составила 3,7%, умер

один пациент от тяжелого коморбидного заболевания (недиагностированный колоректальный рак, осложненный кишечной непроходимостью). В группе пациентов с остеомиелитами аналогичный показатель составил 1,3%, умер один пациент также в результате прогрессирования коморбидного заболевания (хроническая сердечная недостаточность). Выводы: 1. Мультидисциплинарный подход при лечении пациентов с воспалительными заболеваниями костей и суставов улучшает результаты лечения и реабилитации пациентов, способствует наступлению длительной ремиссии свищевых форм остеомиелита; 2. Использование костного цемента с антибиотиком и современных методик обработки гнойных ран уменьшает сроки лечения и риск рецидивов при хронической перипротезной инфекции.

135. ОПЫТ ЭНДОХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПЕРФОРАТИВНОЙ ЯЗВЫ

Фуныгин М.С. (1), Демин Д.Б. (1), Савин Д.В. (2), Бородкин И.Н. (2), Адам Д.В. (2)

Оренбург

1) ОрГМУ, 2) ГАУЗ «ГКБ им. Н.И. Пирогова»

Одним из тяжелейших осложнений язвенной болезни, приводящей к развитию перитонита, является перфоративная язва. Количество операций на протяжении последних десятилетий держится на уровне 7,5 - 13,0 на 100000 человек. Одной из задач современной хирургической гастроэнтерологии является не только обеспечение хороших непосредственных результатов, но и создание условий для быстрой реабилитации пациентов в раннем послеоперационном периоде и предотвращение рецидивов язвенной болезни. Решению этой задачи в полной мере соответствует лапароскопическое ушивание перфоративной язвы с назначением в послеоперационном периоде современных противоязвенных фармакологических препаратов (антисекреторные, антихеликобактерные средства, прокинетики). В нашей клинике за 2013-2017 гг. выполнено 15 лапароскопических ушиваний перфоративной язвы. Все пациенты оперированы до 12 часов от момента перфорации, перфоративное отверстие было до 0,5 см в диаметре и располагалось на передней стенке луковицы двенадцатиперстной кишки, что наиболее удобно для наложения интракорпорального шва. Перфорация во всех случаях была осложнена разлитым серозным перитонитом, брюшная полость после ушивания была санирована и осушена. В послеоперационном периоде с первых суток после операции пациенты активизировались, получали пищу в жидком виде, а также противоязвенную терапию. В послеоперационном периоде осложнений не было, все пациенты выписаны на 7-8-ые сутки после операции. Стоит отметить, что любая эндохирургическая операция начинается с осмотра органов брюшной полости. В ряде случаев лапароскопия позволила нам диагностировать у пациентов панкреонекроз, протекающий под маской перфорации, что в свою очередь позволило избежать напрасной лапаротомии при стерильном панкреонекрозе, а значит значительно

повысило шансы этой категории больных избежать инфицирования. Однако данное оперативное вмешательство требует от хирурга хорошего владения техникой интракорпорального шва, что достигается длительными тренировками. Таким образом, лапароскопическое ушивание перфоративной язвы в сроки до 12 часов от момента перфорации полностью соответствует принципам малоинвазивной хирургии и в полной мере претендует на «операцию выбора», что позволяет минимизировать «хирургическую агрессию» для пациентов и достичь лучших клинических результатов.

136. ПРОГРАММНО-ЭКСПЕРТНЫЙ ПОДХОД К РАННЕЙ ДИАГНОСТИКЕ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА

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

Пермь

ФГБОУ ВО ПГМУ им. ак. Е.А. Вагнера Минздрава России

Актуальность. Частота заболеваемости острым панкреатитом варьирует от 13 до 45 случаев на 100 000 человек. В литературе наиболее широко представлены данные рандомизированных исследований из США, Европы и Японии. В США ежегодно острый панкреатит приводит почти к 250 000 случаям госпитализаций, при их оценочной стоимости около 2,2 млрд долларов. Наиболее часто диагностируется острый панкреатит легкой степени, у 20% пациентов развивается панкреонекроз с вероятностью летального исхода от 10 до 30%. Наиболее часто используются для прогнозирования летальных исходов при остром панкреатите шкалы APACHE II и Ranson. Однако, APACHE II сложна в использовании, а шкала Ranson дает достоверный результат через 48 часов от поступления больного. Основная причина отсутствия ощутимого прогресса в лечении острого панкреатита - недооценка степени тяжести заболевания и несвоевременный неадекватный выбор объема лечебной программы, поэтому важно определить степень тяжести острого панкреатита как можно раньше. Цель работы. При помощи автоматизированного программно-экспертного подхода объективизировать ранжирование степени тяжести острого панкреатита, а также обосновать выбор адекватной тактики лечения и маршрутизации больного на этапе поступления в хирургический стационар. Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ результатов хирургического лечения 396 пациентов с острым панкреатитом, находившихся на лечении в хирургическом отделении ГАУЗ ПК ГКБ №4 в период с 2013 по 2016 гг. Гендерный состав: мужчин - 254 (64,1 %), женщин – 142 (35,9 %). Средний возраст пациентов составил 49 ± 14,2 лет. Острый панкреатит легкой степени тяжести наблюдался у 239 (60,4%), средней степени тяжести течения – у 6 (1,5%), тяжелой степени (панкреонекроз) – у 83 (38,1%) пациентов. У 11 (2,8%) больных в анамнезе отмечен ранее перенесенный панкреонекроз. Распространенный ферментативный перитонит требовал миниинвазивной санации у 51 (12,9%) больного. Общая летальность в группе – 24 (6,1%), послеоперационная летальность -

18 (15,5%) больных. С целью объективизации и применения автоматизированного подхода к диагностике была создана база знаний, в которой первично использовались дополненная классификация Атланта (2012 г.), Российские, Европейские национальные руководства, федеральные Российские медико-экономические стандарты оказания квалифицированной медицинской помощи больным с диагнозом острый панкреатит, шкалы оценки тяжести острого панкреатита Ranson (1974), Glasgow-Imrie (1984), BISAP (2008), SOFA, qSOFA, а также список объективных, лабораторных и инструментальных параметров, проведенных 376 (94,9%) ретроспективно оцененным больным. Для определения специфичности и чувствительности критериев в базу знаний были введены показатели 19 пациентов с острым панкреатитом на этапе приемного отделения. Корреляция полученных критериев была подтверждена методом Спирмена ($r=0,898$). Результаты полученной базы знаний оформили в виде программно-экспертной системы с помощью кроссплатформенного фреймворка для разработки программного обеспечения на языке программирования C++ Qt. Результаты: Результаты применения системы диагностики степени тяжести острого панкреатита продемонстрированы на 34 больных, поступивших в хирургическое отделение ГАУЗ ПК ГКБ№4 с клиникой острого панкреатита. Лечение пациентов корректировалось на основании действующих стандартов оказания помощи, а также учитывались рекомендации экспертной системы. Состояние больных тщательно отслеживалось в течение 48 часов, а затем до купирования полиорганной недостаточности или летального исхода. Проспективно у 5 пациентов заключение программно-экспертной системы указывало на более тяжелую степень заболевания, что не совпало с результатами первичной диагностики, маршрутизация и объем инфузионной терапии у этих пациентов скорректирован на основании национальных клинических рекомендаций, что было оправдано у всех пациентов, однако у 1 наступил летальный исход на фоне имеющейся сопутствующей патологии. У 1 пациента удалось купировать клинику полиорганной недостаточности в течение 48 часов. Специфичность применения предложенной программно-экспертной системы составила 79,4%. На основании проведенного исследования получено свидетельство на программный продукт № 2017617070 от 23.06.17 г. Выводы. Таким образом, применение программно-экспертного автоматизированного подхода к ранней диагностике степени тяжести острого панкреатита позволило объективизировать принятие решения для определения тактики лечения пациентов с этой сложной патологией.

137.О ПОВОДАХ К ВЫПОЛНЕНИЮ АМПУТАЦИИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ ПРИ ОСЛОЖНЕНИЯХ САХАРНОГО ДИАБЕТА

Артюшин Б.С. (2,3), Мовчан К.Н. (1), Жарков А.В. (1), Исхаков Р.Б. (1), Русакевич К.И. (3)

1) Санкт-Петербург, 2) Санкт-Петербург, 3) Великий Новгород

- 1) ФГБОУ ВО СЗГМУ имени И.И. Мечникова,
- 2) ФГБУ НМИЦ им. В.А. Алмазова,
- 3) ФГБОУ ВПО НовГУ им. Ярослава Мудрого

Актуальность. Развитие и успехи хирургии очевидны. Однако, несмотря на это, необходимость в выполнении ампутаций нижних конечностей (АНК) возникает довольно часто. В учреждениях практического здравоохранения АНК осуществляются нередко в связи с патологией периферических артериальных сосудов больным людям, пребывающим преимущественно в пожилом и старческом возрасте на фоне полиморбидного габитуса. Материалы и методы. Изучены данные по АНК в лечебных учреждениях Санкт-Петербурга за 2013 г. Математическая обработка данных проводилась с помощью пакета прикладных программ, статистического пакета «Microsoft Excel 2005» for Windows XP. Полученные результаты. Чаще всего АНК выполняется больным, страдающим заболеваниями артериальных сосудов: в 48% случаях (957 чел.) – при облитерирующем атеросклерозе сосудов НК (ОАСНК), в 24% наблюдений (493 чел.) – при нарушениях периферического кровообращения в сосудах НК на фоне сахарного диабета (СД), а в 7% – в случаях данного заболевания I типа. При другой патологии АНК осуществляется значительно реже. При СД по причине диабетической стопы, осложненной флегмоной или гангреней стоп и их пальцев, АНК, как правило, осуществляются на уровне их дистальных сегментов. В случаях проведения АНК на уровне голени при СД, ОАСНК и травматических поражениях с гнойно-воспалительными последствиями, соотношение наблюдений оказывается одинаковым – 1:1:1 соответственно. Выполнение АНК на уровне бедра чаще осуществляется пациентам с ОАСНК (741 чел.), а при СД в таком формате АНК выполнена в 51 случае. Обсуждение. В разные сроки после АНК на фоне СД в зоне операции осуществляются некр- и секвестрэктомии (103 случая), проводятся пластические пособия по пересадке кожи. Кроме вмешательств, направленных на устранение осложнений АНК на фоне СД, данной операции нередко предшествуют другие хирургические вмешательства. В процессе лечения больных (до, одновременно и после АНК) проведены 735 операций, чаще всего – по поводу заболеваний сосудов (161). В ряде случаев до АНК выполнялись вмешательства, обусловленные патологией органов дыхания (30 наблюдений) и опорно-двигательного аппарата (19 случаев). При травмах осуществлялась первичная (21) и повторная (24) хирургическая обработка ран. В разные сроки после АНК пациентам проводились ампутации верхних конечностей (48 случаях), операции на брюшной полости (54), в 114 наблюдениях осуществлялась релапоратомия или операции по устранению эвентрации. По причине явной травматичности АНК, высокой частоты сопутствующих заболеваний и их осложнений (особенно – СД), выполнение любой операции на фоне осуществления АНК обуславливает необходимость комплексного обследования больных до операции с индивидуальным выбором технологий ее проведения и анестезии. При выполнении АНК используется весьма ограниченный набор вариантов хирургического пособия, что сопровождается неоднозначными результатами.

Выводы. Осуществление АНК (особенно людям пожилого и старческого возраста) на фоне СД – тяжелое испытание как для самих пациентов, так и для бригады специалистов, выполняющих операцию. Поэтому поиск наиболее рациональных технологий проведения АНК у людей пожилого и старческого возраста, а также путей профилактики осложнений этой операции представляет собой актуальную задачу, решение которой важно для медицинской науки и практики. Рекомендации. При обосновании показаний к выполнению АНК в связи с ОАСНК пациентов пожилого и старческого возраста, страдающих СД, в рамках их диспансеризации целесообразно выделять в особую группу. Риск развития жизнеугрожающих осложнений во время проведения АНК больным в возрасте старше 60 лет при ОАСНК и СД необходимо определять на основании математического прогнозирования течения послеоперационного периода. Для эффективной организации оказания МП больным пожилого возраста в случаях ОАСНК и СД в субъекте РФ необходимы: постоянный мониторинг за пациентами посредством регистра в ЛПУ по месту жительства, а также оказание МП в специальных центрах хирургии.

138.О СИСТЕМЕ ОЦЕНКИ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ ХИРУРГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ

*Мовчан К.Н. (1,2), Артюшин Б.С. (1,3), Ерошкин В.В. (1),
Морозов Ю.М. (1,2), Русакевич К.И. (1,3)*

1) Санкт-Петербург 2) Санкт-Петербург, 3) Великий Новгород

1) СПб ГБУЗ МИАЦ,
2) ФГБОУ ВО СЗГМУ имени И.И. Мечникова,
3) ФГБОУ ВПО НовГУ имени Ярослава Мудрого

Актуальность. Работа по оценке качества медицинской помощи (КМП), оказываемой в медицинских организациях (МО) при повседневной деятельности практического здравоохранения, занимает особое место. Эффективно она осуществляется посредством деятельности членов клинико-экспертных комиссий (КЭК). Организация клинико-экспертного процесса оказывается не простой в случаях проведения экспертизы КМП при жизнеугрожающих заболеваниях хирургического профиля (ХП). Цель исследования: оценить эффективность проведения целевых экспертиз КМП в случаях патологии хирургического профиля. Материалы и методы. Рассмотрены результаты оценки качества оказания хирургической помощи в МО Санкт-Петербурга в 2011–2017 гг. Проведены 211 заседаний городской КЭК (ГорКЭК). Число разборов случаев хирургического профиля сохраняется на уровне 23–25 в год. Экспертиза КМП осуществлялась по единым критериям (по В.Ф. Чавпецову и соавт.). Полученные результаты. Количество обращений граждан в связи с оказанием им хирургической помощи ненадлежащего качества остается высоким (50,6–79,2%), что позволяет считать большинство жалоб обоснованными. Частота случаев III–VI класса

ненадлежащего КМП, при которых дефекты обследования и лечения оказывают влияние на состояние пациентов, колеблется от 20 до 65%. Обсуждение. Показатель удельного веса случаев надлежащего КМП составляет 20,8–49,4%. По специальностям ХП надлежащим оно признано в 20,8–43,1% наблюдений. Частота случаев ненадлежащего КМП I–II класса (дефекты, незначимые по влиянию на состояние пациента), разбираемых на ГорКЭК, с течением времени увеличилась (37,9 %), а число случаев ненадлежащего КМП III–IV класса (дефекты, значимые по влиянию на состояние пациента) – уменьшилось. При разборах на ГорКЭК уменьшилось и количество случаев ненадлежащего КМП V–VI класса (дефекты, имеющие социальные последствия). Анализ данных о случаях обращения граждан в инстанции по факту оказания им ненадлежащего качества хирургической помощи позволяет считать, что число таких наблюдений остается высоким (от 50,6 до 79,2%), т.е. большинство жалоб обоснованы. Основными проблемами в плане оценки КМП при заболеваниях ХП оказываются: отсутствие своевременной клинической трактовки диагностических находок при лучевых исследованиях и, соответственно, запоздалые тактические решения; неполное использование ресурсов диагностики (особенно игнорирование повторных контрольных исследований); ограниченное применение дорогостоящих высокоинформативных методов обследования больных; невыполнение обязательного объема обследования пациентов, поступающих для оказания скорой МП; отсутствие бактериологического мониторинга при оказании МП в специализированных отделениях хирургической инфекции. Выводы. На фоне системной клинико-экспертной работы отмечено улучшение статистических показателей в плане уменьшения количества случаев ненадлежащего КМП III–VI класса, при которых констатируется влияние дефектов обследования и лечения на состояние пациентов, однако их удельный вес суммарно составляет почти 50%. Дефекты оказания хирургической помощи чаще всего выявляются в скоропомощных стационарах. Рекомендации. Целесообразно: продолжение целенаправленной работы региональных отделений Российского общества хирургов совместно со структурами систем контроля КМП Органов управления здравоохранением Субъектов РФ и территориальных ФОМС в плане совершенствования содержания протоколов оказания МП пациентам с заболеваниями ХП; внедрение в лечебный процесс и его экспертную оценку мероприятий, предусмотренных стандартами МП при проведении вне- и ведомственных экспертиз КМП. Последнее должно быть прерогативой деятельности главных хирургов регионов, руководителей хирургических служб стационаров, главных специалистов, осуществляющих организацию контроля КМП, ведущих медицинских специалистов административных территорий. Целенаправленный анализ результатов КЭР по оценке КМП больным ХП должен составлять базис работы по совершенствованию системы управления КМП.

139.ОКАЗАНИЕ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ СОЧЕТАННОЙ ТРАВМЕ ГРУДИ

*Руденко М.С.(1),Рахимов Б.М.(2) Кутепов Е.Н.(2),
Расщепкин А.Ю.(2), Середин Л.В.(2), Слугин А.Е.(2)*

1) Екатеринбург, 2) Тольятти

1) ГБУЗ СО "СООД" 2) ГБУЗ СО "ТГКБ 5"

Развитие высоких медицинских технологий, совершенствование методов малоинвазивной хирургии, появление различных методик остеосинтеза ребер позволяет оптимизировать оказание хирургической помощи при сочетанной травме груди. Однако данные виды помощи не всегда могут быть применены на местах поступления пострадавших из-за высокой стоимости расходных материалов, необходимости наличия специализированного инструментария и опыта проведения соответствующих операций. Все это толкает хирургов на местах оказания помощи к сдерживающей в плане оперативного лечения тактике, ограничивая объем оказания помощи дренированием плевральной полости, обезболиванием и продленной ИВЛ, что не всегда позволяет добиться оптимальных результатов в лечении больных данной категории. Целью нашего исследования было изучение и оптимизация алгоритмов оказания помощи пострадавшим с сочетанной травмой груди в условиях травматологического центра. Материал и методы. В основу данного исследования положены результаты лечения 89 пострадавших с сочетанной травмой груди, находившихся на стационарном лечении в торакальном хирургическом отделении травматологического центра первого уровня ГБУЗ СО «ТГКБ№5» за период 2007-2015 гг. Мужчин было 75 (84,3%), женщин - 14 (15,7%). Возраст больных колебался от 16 до 83 лет (средний возраст - $43,7 \pm 4,29$ года). С множественными переломами ребер (3 и более) - 79 (88,8%), у 57 (64%) они сопровождались эффектом нестабильности грудной клетки с формированием реберного клапана различной локализации. Повреждения внутренних органов груди и(или) диафрагмы имели место у 87 (97,8%) пациентов. В разные периоды работы были различия в материальном и техническом обеспечении стационара, в связи с чем хирургическая тактика в лечении пострадавших с сочетанной и изолированной осложненной травмой груди претерпела ряд изменений. Так алгоритм лечебно-диагностических мероприятий был дополнен проведением МСКТ пяти зон (в том числе на фоне ИВЛ), расширением показаний к срочной видеоторакоскопии при осложненной торакальной травме, изменениями тактики лечения флотирующей груди путем внедрения новых методик стабилизации ребер, и избирательным подходом к оперативному лечению нестабильной грудной клетки с учетом прогноза. Результаты и обсуждение. Дренирование плевральной полости при поступлении 64 (71,9%), пункции плевральной полости 13 (14,6%), ВТС в срочном порядке – 18 (20,2%). Хирургическая помощь при флотирующей груди складывалась из условно консервативных методов и хирургической стабилизации. Продленная ИВЛ проводилась 9(15,8%) пострадавшим. Вытяжение на Балканской раме – 4 (7%), наложение «накладной» нагрудной шины 4 (7%) мы отнесли к условно консервативным методам и применяли их у пациентов с неблагоприятным прогнозом в течении черепно - мозговой травмы, либо как этап временной стабилизации перед хирургическим лечением. Хирургическое лечение ФПР заключалось в наложении аппарата внешней фиксации – 3 (5,3%), проведении наkostного

металлоостеосинтеза спицами по методу К.Г. Жесткова - 14(24,6%), который в 6 (10,5%) случаях дополняли танталовыми швами за грудину. Накостный остеосинтез пластиной выполнили у одной пациентки (1,6%). Путем оптимизации лечебно-диагностической тактики нам удалось сократить время пребывания пациентов в реанимации с 4,5 до 4,1 (9%), сократить общий койко-день с 21,4 до 16,4 (23,4%). Средняя длительность дренирования плевральной полости уменьшилось с 10 до 7,5 (25%). Выводы. 1. При множественных фрагментарных переломах ребер и грудины у больных с благоприятным и сомнительным прогнозом наиболее эффективным способом стабилизации реберного каркаса является выполнение операции в срочном порядке. 2. Способ фиксации флотирующей груди зависит в каждом конкретном случае от особенностей повреждения грудной клетки, сопутствующих повреждений, оснащенности учреждения современными технологиями и квалификации сотрудников. 3. Видеоторакоскопия является высокоэффективным малотравматичным лечебно-диагностическим методом и может применяться у каждого пострадавшего с осложненной травмой груди в ранние сроки.

140. ЛЕЧЕНИЕ РАЗРЫВА ИНФРАРЕНАЛЬНОГО ОТДЕЛА АОРТЫ В ОБЩЕХИРУРГИЧЕСКИХ СТАЦИОНАРАХ

*Фокин А.А. (2), Владимирский В.В. (1), Федин А.А. (1), Барыников А.А. (1),
Маковкин П.Ю. (1), Черноусов В.В. (1), Макаров А.В. (2)*

Челябинск

- 1) Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Челябинская областная клиническая больница»,
- 2) ФГБОУ ВО "Южно-Уральский государственный медицинский университет"

Цель: Оценить ближайшие результаты экстренных операций по поводу разрыва аневризмы инфраренального отдела аорты. Материалы и методы: С января 2012 г. по октябрь 2017 г. отделением сосудистой хирургии ЧОКБ было выполнено 18 операций при разрыве или расслоении инфраренального отдела аорты в условиях ЦРБ. Все пациенты мужчины, в возрасте от 58 до 83 лет, средний возраст 68,4 года. Пациенты были госпитализированы в экстренном порядке в хирургическое отделение по месту жительства. Классическая клиническая картина разрыва аневризмы аорты (боли в брюшной полости, гипотония, анемия) была подтверждена данными УЗИ, а в ряде случаев КТ брюшной полости. Тактика ведения пациентов была согласована с ангиохирургом. При стабилизации артериального давления, сохранении диуреза, отсутствии маргинального сердечно-легочного резерва, решался вопрос об оперативном лечении. Решение об операции по месту жительства принималось в случае нетранспортабельности пациента. Расстояние до места нахождения больного от 10 до 380 км. Продолжительность от выезда сосудистого хирурга до операции: 40 мин – 5 часов. Результаты: Протезирование при разрыве аневризмы инфраренального отдела

аорты выполнено у 15 больных, 1 пациенту выполнено перекрестное бедренно-бедренное аутовенозное шунтирование, 2 пациента погибли в ходе операции. В ближайшем послеоперационном периоде погибло 11 больных. Общая летальность составила 72,3%. Обсуждение: Успех хирургического лечения разрыва аневризмы брюшной аорты «на месте» складывается из многих факторов – соматическая отягощенность пациента, объем кровопотери, своевременность госпитализации, удаленность хирургического стационара от специализированного отделения, длительность операции, готовность анестезиологов и реаниматологов общехирургических стационаров к проведению обширной операции и ведению сложного больного в послеоперационном периоде. Использование возможностей телемедицины по оценке состояния пациента, в том числе возможностей удаленной оценки данных КТ, выезд совместной бригады - сосудистые хирурги + анестезиолог-реаниматолог профильного отделения, как правило, позволяло улучшить непосредственные результаты оперативного лечения. Вместе с тем, ближайший послеоперационный период был наиболее важен для выживания больных, поскольку особенности ведения данной категории и возможности реанимационного пособия в ЦРБ не всегда соответствовали друг другу. Выводы: При разрыве инфраренального отдела аорты транспортировка в специализированное отделение предпочтительна. Операция в общехирургическом стационаре требует активного взаимодействия хирургов и анестезиологов на протяжении всего времени пребывания пациента в стационаре, от поступления до выписки. Успешно проведенная операция не гарантирует выздоровления пациента и требует контроля ангиохирурга, консультативной помощи реаниматолога профильного отделения, по крайней мере, в ближайшем послеоперационном периоде.

141. НЕСОСТОЯТЕЛЬНОСТЬ ТОЛСТОКИШЕЧНЫХ АНАСТОМОЗОВ ПРИ ОПЕРАТИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВАХ ПО ПОВОДУ ПАТОЛОГИИ ПРЯМОЙ И ЛЕВОЙ ПОЛОВИНЫ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ

Богданов А.В., Ощепков А.В., Махотин Н.В., Ушаков Д.А.

Екатеринбург

ГБУЗ СО "СОКБ №1"

В отделении колопроктологии ГБУЗ СО СОКБ№1 с 2015 по 2017 гг по поводу доброкачественных заболеваний, онкопатологии прямой кишки и левой половины ободочной кишки проведены 528 оперативных вмешательств. Из пула пациентов выделена группа больных, которым объем оперативных вмешательств включал резекцию патологического участка кишки с наложением толстокишечного анастомоза либо реконструктивное вмешательство с ликвидацией толстокишечной стомы и восстановлением непрерывности кишки, всего выполнено 405 операций. В структуру оперированной патологии толстой кишки вошли: осложненная дивертикулярная болезнь левых отделов ободочной

кишки (33), злокачественные (78) и доброкачественные (14) образования левой половины ободочной кишки, злокачественные (105) образования верхне-и среднеампулярного отдела прямой кишки, одноствольные (58) и двуствольные (73) колостомы. Для профилактики несостоятельности толстокишечных анастомозов использовались перитонизация шва анастомоза: наложение серозо-серозного шва над механическим либо непрерывным ручным швом и/или перитонизация шва тазовой брюшиной, защита анастомоза привентивной двуствольной стомой. При анализе результатов оперативного лечения выявлена несостоятельность швов толстокишечного анастомоза в группе больных, страдающих дивертикулярной болезнью левой половины толстой кишки (2), при злокачественных новообразованиях левой половины ободочной кишки (1), при злокачественных образованиях прямой кишки (5). При реконструктивных вмешательствах на ободочной кишке несостоятельность анастомоза отмечена в группе больных с одноствольными колостомами (4) и не выявлено у пациентов, перенесших закрытие двуствольной колостомы.

142. ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЙ СОРТИНГ КАК ПЕРВЫЙ ЭТАП В ПОДГОТОВКЕ ХИРУРГА

Мяконький Р.В. (1), Иванченко А.Ю. (2), Панкратов А.И. (3)

1) Волгоград, 2) Саров

- 1) ГБУЗ «Волгоградская областная клиническая больница № 3»,
- 2) ГБУЗ «Волгоградская областная клиническая больница № 1»,
- 3) ФГБУЗ «Клиническая больница № 50 Федерального медико-биологического агентства», г. Саров

Актуальность. Мир хирургии меняется на глазах, и в современной медицине, стремящейся выстраивать свою практическую составляющую на фундаментальных знаниях, квалифицированный хирург-ремесленник будет выпадать из лечебного процесса (Дземешкевич С.Л., 2014). Совершенствование системы подготовки специалистов здравоохранения должно являться одной из приоритетных задач государственной политики. Система обучения хирургов должна базироваться на четкой структуре поэтапной подготовки. Повысить качество подготовки начинающего хирурга и снизить время его подготовки может концепция преемственного ступенчатого похода сопровождения на разных этапах профессионализации: вузовский этап (1-й этап) предполагает профессиональный сортинг (селекцию); послевузовский (2-й этап) - стандартизацию программ и сроков обучения в ординатуре; этап самостоятельной работы (3-й этап) - адаптация в первичном коллективе. Обучение хирурга на первом и втором этапе должно базироваться на сочетании форм обучения с учетом конуса обучения Е. Dale (Быков А.В., Мяконький Р.В., 2017). Материалы и методы. Проведено сравнение моделей профессионального сортинга на примере студенческих хирургических клубов Волгоградского государственного медицинского университета (ВолгГМУ) и Рязанского государственного медицинского университета им. акад.

И.П. Павлова (РязГМУ). Полученные результаты. Волгоградская модель сортинга включает конкурсный отбор, она разработана и реализуется на базе кафедры оперативной хирургии и топографической анатомии ВолгГМУ (Воробьев А.А., Моисеев Д.В, 2010). В 2017 г. из числа студентов 2 - 6 курсов лечебного и педиатрического факультетов сортинг прошли 30 человек. Гендерное соотношение составило 13 мужчин (43%) и 17 женщин (57%). Распределение студентов, прошедших отбор, в зависимости от факультета: лечебный – 25 человек (83,3%), педиатрический 5 человек (16,7%). Критериями включения соискателей в хирургический клуб являлось успешное прохождение теоретического (базовые знания по анатомии - тестирование) и практического мануального испытания (вязание хирургической косички длиной 50 мм за 30 секунд). Распределение членов студенческого хирургического клуба ВолгГМУ по курсам: 2 курс – 5 человек (17%), 3 курс – 5 человек (17%), 4 курс – 13 человек (43%), 5 курс – 5 человек (17%), 6 курс – 2 человека (6%). Обучение членов студенческого хирургического клуба ВолгГМУ подразумевает расширенную подготовку по мануальным навыкам в рамках программы ежегодной Всероссийской студенческой Олимпиады по хирургии с международным участием им. акад. М.И. Перельмана. Мастер-классы проводят приглашаемые ведущие специалисты хирургических кафедр ВолгГМУ, а также представители практического здравоохранения волгоградского региона. Мануальное обучение членов клуба проводится с использованием манекенов, стендов, лапароскопической коробки, нативных препаратов (кадаверный материал человека: кишечник, сухожилия, сосуды и т.п.). В хирургическом клубе предусмотрена статусная градация с использованием присуждаемых разрядов и званий. Рязанская модель сортинга реализуется на кафедре хирургии акушерства и гинекологии факультета дополнительного профессионального образования РязГМУ (Хубезов Д.А. и соавт., 2017). Отбор в контрольную группу состоял из двух этапов. На первом этапе, в порядке конкурсного отбора, выбрано 10 человек, без учета гендерного принципа, из числа студентов 3-4 курса лечебного факультета, интересующихся абдоминальной хирургией. Осуществлена оценка их мануальных навыков. Селекция соискателей для включения в основной состав программы предполагала второй этап, в результате которого осталось 5 человек, выдержавших испытания и набравших наибольшее количество очков. Из них была сформирована специальная группа - «хирургический кружок», в дальнейшем, в качестве хирургической сборной РязГМУ они принимали участие в межвузовских хирургических олимпиадах и дополнительно к основной программе обучения в вузе, проходили мануальные тренинги повышенного уровня на базе вивария РязГМУ, который оборудован Wet lab. Wet lab РязГМУ – специализированная площадка (учебная операционная) для обучения мануальным навыкам хирургии на крупных биологических объектах (свиньях породы мини пиг). В рязанской модели последующего сопровождения экспериментальной группы студентов эмпирически была выбрана система обучения компания «Forum», включающая 70% практической подготовки и 30% теоретической. Принцип методики - не набор знаний, а получение конкретных навыков; результат по принципу «здесь и сейчас»; не пассивное, а активное обучение. Взятая за основу методика должна на 65% повысить эффективность обучения по сравнению с существующими на сегодняшний день в отечественных медицинских вузах. Систематизированное обучение новым практическим навыкам позволяет уменьшить кривую стресса и обучения. Тренинги повышают мотивацию обучающегося, происходит быстрое и качественное формирование необходимого навыка и закрепление полученных знаний. Обучение предполагает следующий принцип: демонстрация (тренер (наставник) делает - обучающий смотрит; разбор - наставник делает и объясняет - обучающий

смотрит; осмысление (понимание) – наставник делает – обучающийся объясняет; исполнение – делает и объясняет, наставник смотрит. Обучение хирургов по выбранной методике включает теоретическую часть (лекции, самообразование (чтение, просмотр обучающих фильмов, презентаций и т.п.), онлайн трансляции операций). Практическая часть предполагает работу в лаборатории: лапароскопическая коробка (15%), кадаверный материал (35%), операции на лабораторных животных в Wet lab (50%). К концу цикла обучения каждый из студентов имел опыт ассистенции и самостоятельного выполнения следующих лапароскопических операций на мини пигах: холецистэктомия, аппендэктомия (смоделирована на маточной трубе), наложение энтероэнтероанастомоза, различные виды герниопластик сетчатым имплантом. Вершиной подготовки стала аутотрансплантация почки с лапароскопическим забором органа. С целью создания устойчивой мотивации к освоению мануальных навыков, с позиции кривых обучения и стресса, в группе студентов, подготовка которых велась по инновационной программе, в РязГМУ было предусмотрено ранжирование, с использованием, так называемого, «спортивного» подхода. Обсуждение. Профессиональный сортинг студентов ранее реализовывался через систему хирургических кафедральных кружков, программа которых была весьма произвольной. В 2005 г. в истории Всероссийской студенческой Олимпиады по хирургии с международным участием им. акад. М.И. Перельмана (Олимпиада) начался новый этап. Многие медицинские вузы стали принимать участие в Олимпиаде. Данное обстоятельство потребовало проведения профессионального сортинга среди студентов на принципиально новом уровне. Ориентиром отбора и дальнейшей подготовки стала программа Олимпиады. Основная проблема в хирургии – овладение мануальными навыками, поэтому, как показывают две приведенные модели, при сортинге ставка делается на студентов 3-4 курса. С одной стороны, данная группа студентов уже имеет теоретическую подготовку по фундаментальным разделам медицины и осознанно интересуется хирургией, как своей возможной будущей специальностью, с другой стороны, имеется достаточное количество времени, чтобы они могли приобрести мануальные компетенции. С целью поддержания мотивации у обучающихся в каждой из моделей разработан стимул в виде системы ранжирования. Волгоградская модель включает звания и разряды (в порядке возрастания): 3-й студенческий хирургический разряд (СХР); 2-й СХР; 1-й СХР; кандидат в хирурги. Третий СХР - призовое место в шовном конкурсе на внутривузовском этапе Олимпиады, членство в хирургическом клубе не менее 1 учебного года, длину хирургической косички (ХК) более 60 мм (допускается диаметр нити равный 0,69 мм, т.е. ее условный размер должен составлять 2 единицы или метрический размер – 7). Второй СХР – 1-е место в шовном конкурсе, призовое место в нешовном конкурсе, длина ХК более 70 мм на внутривузовском этапе Олимпиады. Первый СХР - длина ХК более 80 мм на внутривузовском этапе и призовое место в шовном конкурсе на региональном отборочном этапе Олимпиады. Кандидат в хирурги - призовое место в финале Олимпиады. Проведение соревнований по хирургическим навыкам, среди интернов/ординаторов хирургических кафедр ВолгГМУ и членами студенческого хирургического клуба ВолгГМУ ежегодно демонстрирует превосходство членов студенческого хирургического клуба, как по скорости, так и по точности исполнения манипуляций. Рязанская модель декларирует попытку подготовки хирургов топового уровня с перспективой стажировок за границей. Цель эксперимента подготовить отобранных студентов таким образом, чтобы они к концу обучения в вузе имели мануальный навык рутинных лапароскопических операций на брюшной полости. Рязанская система ранжирования подразумевает звания в порядке убывания: «Мастер», «кандидат в мастера»

и «1 разряд» студентам присваиваются за выполнение норм и (или) требований и условий их выполнения по итогам официальных хирургических олимпиад, участия в научных конференциях, работе в Wet lab и клинике. «1 разряд» (клубный минимум): выполнение на тренажере «лапароскопическая коробка» на время (30 минут) следующих упражнений: формирование анастомоза, герниопластика сеткой, накидывание петли Редера, участие на Олимпиаде. Соавторство в научной статье в журнале или сборнике тезисов, а также ассистенции при выполнении различных операций в клинике. «Кандидат в мастера» - выполнение на 1 лабораторной свинье следующих операций: лапароскопическая аппендектомия (моделированная на маточной трубе), герниопластика, лапароскопический межкишечный анастомоз. Призовое место на Олимпиаде в индивидуальном зачете или в составе команды. Соавторство в научной статье в журнале. Не менее 5 ассистенций при выполнении различных операций в клинике. «Мастер» - выполнение на 1 лабораторной свинье: лапароскопическая холецистэктомия, лапароскопическая трансанальная передняя резекция, аутотрансплантация почки с лапароскопическим забором. 1 место на Олимпиаде в индивидуальном зачете или в составе команды. Соавторство в научной статье в журнале, рекомендованном ВАК. Не менее 20 ассистенций при выполнении различных операций в клинике. По данным Д.А. Хубезова и соавт. (2017), в рамках рязанского эксперимента проведено сравнение двух групп участников, которым было предложено наложить лапароскопический энтероэнтероанастомоз на лабораторной свинье: основная группа – 5 студентов, обученных по описанной выше программе, контрольная группа – 15 врачей-ординаторов 2 года, обученных по традиционной системе. Оценка показателей сравнения осуществлялась с использованием структурированных показателей технических навыков по глобальной рейтинговой шкале (OSATS). Участники основной группы имели значительно более лучший показатель OSATS по сравнению с участниками группы сравнения ($p < 0,05$): в диапазоне от 20,5 до 21 (в среднем 20) против 10 (в диапазоне от 9 до 11). Эффективность движений, оцененная с помощью измерения общей длины траектории движений, этот показатель также был выше в основной группе, чем в контрольной ($p < 0,05$): в среднем 6 (в диапазоне от 5 до 10) против 20 (в диапазоне от 18 до 22). Субъективная оценка экспертов по 10 бальной шкале также была выше у студентов, чем у ординаторов – в среднем 9 против 5 ($p < 0,05$). Участникам основной группы требовалось значительно меньшее количество времени на выполнение задания по сравнению с контрольной группой - в среднем 40 минут против 90 минут ($p < 0,05$). Количество интраоперационных осложнений (кровотечение, повреждение соседних органов) было достоверно больше в контрольной группе ($p < 0,05$). При обучении студентов в ВолгГМУ и РязГМУ активно используется тренажер лапароскопическая коробка. Относительно низкая стоимость оригинальных лапароскопических коробок, возможность их имитации с использованием импровизационных средств, а также доказанная рядом метаанализов эффективность позволяет определить данные устройства как тренажеры первой линии при освоении навыков лапароскопических вмешательств (Быков А.В., Мяконький Р.В., 2017). В обеих представленных моделях дополнительного обучения виртуальные симуляторы не использовались, поскольку данный вид тренинга не способен полноценно воспроизвести ощущения хирурга в реальных условиях, кроме того, экономическая составляющая не оправдывает использование данного вида тренажеров. Выводы. Профессиональный сортинг - высокие требования к кандидатам в ординатуру по хирургической специальности, как в отношении их академической успеваемости, так и научной деятельности за время обучения в вузе. Сравнимые модели профессионального

сортинга и дополнительной подготовки студентов показали большую эффективность обучения потенциальных начинающих хирургов. Волгоградская модель ориентирована исключительно на олимпийское движение в рамках Олимпиады. В то время как рязанская модель, определила своей целью инновации в подготовке хирургов топового уровня. При реализации программ подготовки начинающих хирургов следует учитывать принцип: услышал – забыл, увидел – запомнил, сделал – понял. Имея абсолютно разные цели и критерии сортинга, обе модели привлекают к участию крайне малое число потенциальных начинающих хирургов. Данное обстоятельство не оказывает никакого влияния на повышение качества подготовки хирургов на вузовском этапе обучения. В тоже время, обе модели показывают существующие выраженные системные недостатки подготовки хирургов. Проблема в том, что юридический и государственный надзор за работой хирургов усиливается, а тот же контроль качества и сути образования хирурга практически отсутствует. Необходимы уровни юридической (а не только моральной) ответственности и педагога-хирурга, и образовательного учреждения за профессиональные результаты ученика, получившего диплом. Рекомендации. Хирурги должны активно участвовать в разработке современных образовательных принципов в хирургии. В противном случае это будет сделано специалистами, не знающими и не понимающими хирургию изнутри. Назрела необходимость объединения усилий профессионального хирургического сообщества по изучению системных недостатков и существующих проблем в подготовке начинающих хирургов. Результатом этой работы должна стать национальная программа, которая позволит начинающему хирургу иметь необходимые компетенции для безопасного выполнения своих профессиональных обязанностей.

143.ОРГАНИЗАЦИЯ ОКАЗАНИЯ ПОМОЩИ И РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С СИНДРОМОМ ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ В ЧЕЛЯБИНСКОЙ ОБЛАСТИ

*Шестопалов С.С., Полторак А.Е., Олевская Е.Р., Бондаревский И.Я.,
Сарсенбаев Б.Х., Павленко П.П.*

Челябинск

ГБУЗ ЧОКБ

Актуальность. Наиболее значимым осложнением цирроза печени с синдромом портальной гипертензии является кровотечение из варикозно расширенных вен пищевода. В Челябинской области ежегодно цирроз печени становится причиной смерти 1250 человек, составляя 2,45% в структуре летальности всех заболеваний. Цель. Оптимизация оказания помощи пациентам с синдромом портальной гипертензии. Материал и методы. Помощь пациентам с синдромом портальной гипертензии в Челябинской области является ступенчатой. Как правило, пациенты с клиникой кровотечения из верхних отделов ЖКТ госпитализируются в реанимационное отделение ближайшего стационара, где проводится поиск источника кровотечения и в 80-90%

случаев производится эзофагогастроскопия. Если источник кровотечения – варикоз вен пищевода и кровотечение продолжается, то устанавливается зонд Блэкмора и назначаются препараты, снижающие давление в портальной системе, проводятся гемотрансфузии. Пациенты с остановившимся кровотечением после предварительной подготовки направляются в ЧОКБ в отсроченном порядке в срок 1-2 месяца, где решается вопрос о методе окончательного гемостаза – лигирование вен пищевода, либо наложение портокавального анастомоза, либо операция азигопортального разобщения. В случае, если кровотечение не останавливается, то с помощью отделения экстренной и плановой консультативной помощи ЧОКБ принимается решение о выезде бригады (хирург + эндоскопист), либо транспортировке реанимобилем пациента с установленным зондом Блэкмора. Лечение пациентов с кровотечением портального генеза в ЧОКБ проводится в условиях реанимационного отделения. Экстренно выполняется эзофагогастроскопия, параллельно назначаются препараты, снижающие давление в портальной системе – сандостатин, терлипессин, нитроглицерин, гемотрансфузии, проводится антибактериальная терапия. При невозможности эндоскопического гемостаза – установка зонда Блэкмора и лигирование варикозно расширенных вен пищевода, либо склеротерапия, после остановки кровотечения. Неэффективность эндоскопического гемостаза является показанием к гастротомии с прошиванием варикозно расширенных вен пищевода и желудка (операция Пациоры). За 2015-2017 годы в ЧОКБ пролечено 188 пациентов с синдромом портальной гипертензии. Из них – с циррозом печени – 163 пациента (83%), с внепеченочной портальной гипертензией – 25 (13%). С острыми кровотечениями из варикозно расширенных вен пищевода – 22 (12%), кровотечениями в анамнезе – 90 (48%), с варикозом вен пищевода 3 ст. – 76 (40%). Выполнено 276 сеансов лигирования, 19 сеансов склеротерапии, 5 операций Пациоры, наложено 17 спленоренальных анастомозов, 2 мезентерикокавальных анастомоза и 4 ортотопических трансплантации печени. Результаты. У 28 пациентов (17,1 %) достигнута полная эрадикация варикозных вен, у 17 пациентов (10,4 %) сформировался остаточный варикоз вен 1 степени, не представляющий угрозы развития кровотечения. Тромбозов анастомоза после шунтирующих операций не было. У двух пациентов после наложения портокавальных анастомозов сохранялся варикоз вен пищевода 3 ст., выполнено дополнительно лигирование варикозно расширенных вен пищевода с положительным эффектом. У одного пациента после трансплантации печени сохранялась портальная гипертензия на фоне пристеночного тромбоза воротной вены, выполнено стентирование воротной вены с положительным эффектом. Из 188 госпитализированных пациентов умерло 2 человека (1,1%): 1 – пациент после операции азигопортального разобщения, вследствие прогрессирования печеночной недостаточности, 2 – после наложения спленоренального анастомоза, вследствие развития спонтанного бактериального перитонита. Выводы. Существующая система оказания помощи пациентам с портальной гипертензией в Челябинской области позволяет эффективно проводить первичную и вторичную профилактику кровотечений из варикозно расширенных вен пищевода, а также может повысить качество жизни пациентов и быть «мостиком» перед трансплантацией печени.

144.ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ПРОФИЛАКТИКИ НЕСОСТОЯТЕЛЬНОСТИ КУЛЬТИ ДПК ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ РЕЗЕЦИРУЮЩИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ ПО ПОВОДУ ОСЛОЖНЕННОЙ НИЗКОЙ ХРОНИЧЕСКОЙ ДУОДЕНАЛЬНОЙ ЯЗВЫ БОЛЬШИХ РАЗМЕРОВ

Зорькин А.А.(1), Понамарев Н.И.(2), Тутолмин В.Р.(2), Амирагян Д.М.(1)

Сургут

- 1) Сургутский государственный университет,
- 2) Сургутская городская клиническая больница

Хирургическое лечение осложнений язвенной болезни до настоящего времени не является до конца решенной проблемой. Успехи терапевтического лечения этой патологии кардинально изменили тактические подходы к ведению пациентов с язвенной болезнью. Вместе с тем, многократное снижение числа плановых вмешательств привело к преобладанию вынужденных, проводимых по жизненным показаниям операций, сопровождающихся относительно более высокими показателями ранних послеоперационных осложнений и летальности, достигающих 1-19% и 25-70% соответственно. Наибольшую проблему представляет этап закрытия культи ДПК, особенно при гигантской, пенетрирующей и залуковичной дуоденальной язве, признаваемый подавляющим большинством хирургов наиболее ответственным этапом резецирующего вмешательства. Данные отечественных и зарубежных авторов оценивают частоту неудач при закрытии культи в случае резекции при «сложной» язве ДПК в 4-22%. Развитие несостоятельности культи ДПК, поздняя диагностика этого тяжелого осложнения сопровождаются развитием распространенных форм перитонита, абдоминального сепсиса и летального исхода. Разработанные меры профилактики несостоятельности культи ДПК недостаточно эффективны в связи с многообразием причин возникновения этого осложнения и потенцирующего воздействия различных факторов, прежде всего нарушений гомеостаза в периоперационном периоде. Существенную роль в этом процессе играют гипопроотеинемия и гипофибриногенемия. Нами рассмотрен один из элементов интраоперационной профилактики несостоятельности культи ДПК при гигантских пенетрирующих язвах ДПК с вовлечением головки поджелудочной железы (ПЖ) и интраабдоминальным сбросом панкреатического секрета. Цель работы: оценить возможности профилактики несостоятельности культи ДПК при выполнении Бильрот-2 резекции желудка по поводу осложненной дуоденальной язвы. Материалы и методы: Рассмотрено 18 случаев резекций желудка по Бильрот-2 в различных модификациях, выполненных в экстренном и отсроченном порядке по поводу осложнений язвенной болезни ДПК за период 2008-2017 гг. Все случаи имели основой хроническую низкую дуоденальную язву больших размеров (от 1/3 полуокружности ДПК до полного циркулярного язвенного поражения), расположенную в дистальных отделах луковицы ДПК и залуковичной зоне с пенетрацией в головку поджелудочной железы. Сочетание пенетрации с субкомпенсированным стенозом ДПК отмечено в 100%, пенетрации с перфорацией – у 6(33%), пенетрации с кровотечением – у 14(78%). 2 больных имели 3 осложнения одновременно(11%). Возраст пациентов колебался от 36 до 82 лет, соотношение мужчин/женщин составило около 2:1. Всем больным была выполнена дистальная резекция 2/3 желудка по Бильрот-2 в одной из модификаций.

Гастроэнтероанастомоз накладывался на короткой петле (7), в т.ч. с микродуоденостомией (3), на длинной петле (9), по Ру (2). Укрытие культи ДПК выполнялось на «открытой культе», преимущественно способами Юдина, Сапожкова или Ниссена. В 4 случаях культя дополнительно укрывалась пластиной «Тахокомб». Зона культи ДПК и язвенного пенетрата дренировалась активными дренажами. Оценивали интраоперационный сброс панкреатического секрета, показатели амилазы перитонеальной жидкости в раннем послеоперационном периоде. Все пациенты получали комплексное лечение в условиях ОРИТ, с обязательным интраоперационным и послеоперационным применением антисекреторных препаратов (октреотид, блокаторы протонной помпы), донаторов фибриногена (СЗП) с учетом клинко-лабораторных показаний. В 8 случаях нами была применена временная «пломбировка» язвенного кратера биodeградируемым материалом – донатором фибриногена (гемостатическая губка). Результаты: У всех пациентов нами отмечено внутрибрюшинное выделение панкреатического секрета с поверхности язвенного кратера по типу «капель росы», который непосредственно контактировал с ушитой культей ДПК, создавая агрессивное воздействие на зону швов, в т.ч. у 3 – существенное, с видимым слиянием мелких капель секрета. Сброс перитонеальной жидкости по дренажам из указанной зоны в раннем послеоперационном периоде составил от 200 до 850 мл/сут в течение 4-12 дней, при этом показатели амилазы указанной жидкости ни в одном случае не находились в области референтных значений, колеблясь от 1800 Ед/л до 26000 Ед/л. Сочетание этих показателей с гиперамилаземией в раннем послеоперационном периоде отмечено только у 5 пациентов(28%). Несостоятельность культи ДПК возникла у 4 больных(22%), в т.ч. у 2(11%) была купирована консервативными мероприятиями с формированием дуоденального свища, закрывшимся в период 18-38 дней. В 2 случаях были выполнены санационные релапаротомии с формированием дуоденостомы и активным дренированием зоны несостоятельности. При выполнении повторного вмешательства на 4-7 сутки у них отмечена полная биodeградация гемостатической губки в зоне язвенного кратера. Умерло 2 больных, все от конкурентных причин, не связанных непосредственно с развитием ранних послеоперационных осложнений. Обсуждение результатов: Наличие агрессивной среды в зоне ушитой «сложной» культи ДПК создает потенциальные сложности для течения нормального репаративного процесса, особенно в условиях недостатка белка, фибриногена и гемической тканевой гипоксии, т.к. в рассмотренной группе 78% больных были оперированы на фоне дуоденального кровотечения. С теоретических позиций, в этом случае целесообразно более активное использование как системных, так и локальных донаторов фибриногена. Вместе с тем оказалось, что при существенном панкреатическом интраабдоминальном сбросе в зоне язвенного кратера подобные материалы, скорее всего, подвергаются быстрой деактивации и биodeградации и не выполняют в полной мере свои функции. Тем не менее, из 8 случаев пломбировки кратера гемостатической губкой, несостоятельность культи ДПК возникла только в 2(25%). Предполагается, что наружный панкреатический сброс основан на формировании мелких дефектов протоковой системы ПЖ и сочетается с развитием послеоперационного панкреатита менее, чем у 30% оперированных. Наличие в язвенном кратере биodeградируемого материала создает дополнительный защитный барьер швам культи ДПК, химически связывая агрессивные компоненты панкреатического секрета. Выводы: При выполнении резекции желудка по Бильрот-2 по поводу осложненной хронической низкой дуоденальной язвы больших размеров дополнительным механизмом развития несостоятельности культи ДПК является внутрибрюшная панкреатическая секреция

из зоны язвенного кратера, часто не связанная с развитием послеоперационного панкреатита. В комплексе терапии этой категории больных целесообразно проведение агрессивной антисекреторной терапии и применение системных донаторов фибриногена. Механизм действия локальных донаторов фибриногена в зоне культи ДПК может быть нарушен панкреатическими ферментами перитонеальной жидкости. В качестве дополнительного механизма защиты швов при «сложном» закрытии культи ДПК возможно использование активных аспирационных систем и пломбировки язвенного кратера гемостатической губкой, нейтрализующей агрессивные компоненты панкреатического секрета. Вопрос об оптимальном биодegradуемом материале для пломбировки язвенного кратера остается открытым и требует дальнейшего изучения.

145. ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ПОСТПУНКЦИОННЫХ ПУЛЬСИРУЮЩИХ ГЕМАТОМ АРТЕРИЙ ДОСТУПА ПОСЛЕ РЕНТГЕНЭНДОВАСКУЛЯРНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ

Фокин А.А. (1,2), Абайдулин Р.Ж. (2), Муравьева Е.Г. (1,2)

Челябинск

(1) ГБОУ ВПО «Южно-Уральский государственный медицинский университет» МЗ РФ,
(2) ГБУЗ «Челябинская областная клиническая больница»

Актуальность: В настоящее время в РФ в соответствии с Государственной программой «Развитие здравоохранения», в стране открыто большое количество отделений рентгенохирургических методов диагностики и лечения (ОРХМДил), не во всех стационарах, где имеются ОРХМДил имеются отделения сосудистой хирургии, с наиболее частыми осложнениями рентгеноэндоваскулярных вмешательств - постпункционными пульсирующими гематомами (ППГ) нередко приходится сталкиваться общим хирургам. Цель исследования: провести анализ диагностики и лечения ППГ артерий доступа после рентгеноэндоваскулярных вмешательств в ЧОКБ. Материал и методы: в период с 2010г. по 2016г. в ОРХМДил ЧОКБ клинической базе кафедры хирургии Института дополнительного профессионального образования ЮУГМУ было выполнено 18327 артериальных рентгеноэндоваскулярных вмешательств и зарегистрировано 190(1,04%) ППГ. Диагноз пульсирующей гематомы устанавливался на основании анамнеза (чрескожное рентгеноэндоваскулярное вмешательство), клинических проявлений (боль, гематома, пульсирующее образование, расширение зоны пульсации артерии, систолический шум, признаки кровотечения), ППГ подтверждена у 181(95,3%) пациента данными УЗДС области пункции и без данных УЗДС по данным экстренных операций у 9(4,3%) пациентов. Из 181 пациента 90 пациентов с ППГ проходили стандартное лечение мануальной компрессией под контролем УЗДС с последующим наложением давящей повязки, у 91 пациента применен новый способ комбинированного местного лечения ППГ под контролем УЗДС. Данный способ разработан и

внедрен в ОРХМДиЛ ЧОКБ. Перед началом манипуляции проводилась ультразвуковая оценка ППГ, выявлялся дефект в артерии и шейной части ложной аневризмы. Затем в асептических условиях проводилась компрессия пульсирующей гематомы, ложной аневризмы артерии доступа по технике тумесцентной анестезии с целью длительной внутренней гидрокомпрессии ППГ и последующей пункцией и аспирацией шприцом крови из ППГ до полного отсутствия кровотока в полости аневризмы, до спадения стенок ППГ при УЗ контроле. Давящая повязка не накладывалась, на 8–12 ч всем пациентам назначался палатный режим. После этого проводилось контрольное УЗДС для оценки эффективности процедуры. Результаты: Из 190 пациентов с ППГ 156(82,1%) пациентов не были оперированы, 34(17,9%) прооперированы: 9(26,5%) экстренно, 25(73,5%) отсроченно ввиду неэффективности местного лечения ППГ. Из 181 пролеченного пациента с применением УЗДС у 91 (основная группа) применялся новый способ комбинированного местного лечения ППГ, окклюзия ППГ достигнута у 85(93,4%) больных, 6(6,6%) прооперировано; у 90 (контрольная группа) применен стандартный способ мануальной компрессии ППГ под контролем УЗДС, окклюзия ППГ достигнута у 71(78,9%) больных, прооперировано 19(21,1%) пациентов. Отмечена статистически достоверная разница в потребности оперативного лечения в основной группе и контрольной группе по критерию Фишера ($P= 0,005098$). Инфекционных осложнений, травм кровеносных сосудов и нервов, кровотечений не отмечено. У всех больных с развитием ППГ и вылеченных при помощи нового способа комбинированного местного лечения ППГ под контролем УЗДС осложнение в виде ППГ не повлияло на сроки пребывания в стационаре. Выводы: 1. Основным методом диагностики ППГ является УЗДС места пункции 2. Приоритетным методом лечения является местное консервативное лечение под контролем УЗДС. 3. При применении нового способа комбинированного местного лечения ППГ способа лечения ППГ выявлена статистически достоверная разница в потребности в оперативном лечении ППГ по сравнению с стандартным местным лечением мануальной компрессией под контролем УЗДС с наложением давящей повязки. 4. При применении данного способа лечения ППГ уменьшение размера гематомы вследствие аспирации крови из полости ППГ позволяет снизить риск её рецидива, инфицирования. 5. Способ не требует применения давящей повязки, что повышает комфорт пациентов.

146.ВНЕДРЕНИЕ РЕИНФУЗИИ КРОВИ В ПЕРМИ

Нечаев О.И.

Пермь

Пермский научный центр УрО РАН

Актуальность. Реинфузия – это возвращение в кровеносное русло крови излившейся в полости организма. Преимущества этого метода становятся всё более актуальными: уменьшение потребности в донорской крови, отсутствие риска антигенных реакций и риска заражения

инфекциями, передающимися через кровь. Представители пермской хирургической научной школы академика Е.А. Вагнера выполнили ряд пионерских исследований переливания аутокрови. Материал и методы. Нами использовались нарративный, библиографический, историко-генетический и структурный методы. Полученные результаты. Первые положительные результаты реинфузии крови были получены Е.А. Вагнером в г. Березники Пермской области. Положительный опыт был обобщен и представлен в качестве одного из выводов докторской диссертации «Материалы к изучению закрытой травмы груди мирного времени»: «Важнейшее значение при лечении закрытых травм груди со значительной кровопотерей должна иметь реинфузия крови. Как мы убедились на своём опыте, она совершенно безопасна и должна применяться в самом широком плане». Развитие идеи реинфузии крови шло в направлении расширения показаний к её применению в urgentных ситуациях и внедрению в плановую хирургию. М.Г. Урманом было доказано, что повреждение полого органа живота не является абсолютным противопоказанием к переливанию аутокрови. Им были проведены экспериментальные исследования по изучению антибактериальных свойств крови, ретикулоэндотелиальной системы, токсичности крови для решения вопроса о возможности реинфузии крови одновременно повреждении паренхиматозных и различных полых органов. На экспериментальных моделях и при лабораторных исследованиях была доказана возможность переливания контаминированной крови. В клинике госпитальной хирургии Пермского медицинского института коллективом авторов, состоявшем из хирургов (Е.А. Вагнер, В.В. Протопопов, С.Г. Суханов) и анестезиолога-реаниматолога Я.А. Ортенберга был разработан способ возмещения крови во время операций на аорте и магистральных артериях. Он включал в себя реинфузию аутокрови, извлеченной из операционной раны, отличающийся тем, что, с целью улучшения реологических свойств крови, перед извлечением ее разводят в ране раствором антикоагулянта в объеме, равном объему излившейся крови. Это позволило уменьшить контакт изливающейся крови с окружающими тканями и воздухом, уменьшить травматизацию форменных элементов, тем самым снизить активацию факторов свертывания реинфузируемой крови, уменьшить потерю крови за счет сгустков, и, следовательно, повысить эффективность метода. Описанный способ был защищен патентом и лег в основу кандидатской диссертации В.В. Протопопова. Применению реинфузии при урологических операциях посвящены работы В.А. Вагнера и М.И. Давидова. Логическим продолжением метода интраоперационной реинфузии было применение в акушерской практике отсроченного переливания собственной крови. В.Н. Петуховым было доказано, что управляемая гемодилюция с эксфузией крови исправляет волевические нарушения, снижается систолическое и диастолическое давление при сохраняющейся стабильности частоты пульса. При операционной кровопотере более 800 мл выполняется переливание сохраненной крови. Число послеоперационных осложнений у больных с нефропатией снижается в два раза. Результаты применения метода реинфузии крови были обобщены в ряде монографий: Вагнер Е.А., Тавровский В.М. «Реинфузия крови»; Вагнер Е.А., Тавровский В.М. «Трансфузионная терапия при острой кровопотере», Вагнер Е.А., Заугольников В.С.; Ортенберг Я.А., Тавровский В.М. «Инфузионно-трансфузионная терапия при острой кровопотере». Выводы. Пермская хирургическая научная школа акад. Е.А. Вагнера внесла большой вклад в популяризацию идеи реинфузии крови в urgentной и плановой хирургии, урологии и акушерстве. Была обоснована допустимость использования контаминированной аутокрови и усовершенствована методика сбора и переливания крови.

**147. ПЕРВЫЙ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ТОТАЛЬНОЙ ЭКСТРАПЕРИТОНЕАЛЬНОЙ
ГЕРНИОПЛАСТИКИ (TOTAL EXTRAPERITONEAL HERNIA REPAIR – TER)
ПРИ ОПЕРАТИВНОМ ЛЕЧЕНИИ УЩЕМЛЕННЫХ ИНГВИНАЛЬНЫХ ГРЫЖ**

Нишневич Е.В., Салемьянов А.З., Дунаев В.Д., Тарасов Е.Е.

Екатеринбург

МАУ «Городская клиническая больница № 40»,
Кафедра хирургических болезней ФПК и ПП
ГОУ ВПО «Уральский государственный медицинский университет»

Ущемление одно из тяжелейших осложнений ингинальных грыж. Проблема лечения этой патологии по-прежнему остается актуальной. Представлен первый опыт применения тотальной экстраперитонеальной герниопластики (TER) при оперативном лечении ущемленных ингинальных грыж на базе МАУ ГКБ №40. Материалы и методы: С 2015 года в клинике в плановом порядке выполнено 338 герниопластик, по поводу ингинальных грыж, с использованием техники TER. Накопленный опыт позволил применить тотальную экстраперитонеальную герниопластику в неотложном порядке у двух пациентов, поступившим с ущемленными ингинальными грыжами. В обоих случаях была использована следующая техника оперативного вмешательства, состоящая из двух этапов – лапароскопического и внебрюшинного. Первым этапом выполняли стандартную диагностическую видеолапароскопию. Параумбиликально под пупком, устанавливали 10-мм троакар для лапароскопа, второй (5 мм) троакар по средней линии на 4-5 см ниже пупка, третий троакар устанавливали на 2 см латеральнее среднеключичной линии на уровне пупка, на стороне ущемления, рассекали ущемляющее грыжевое кольцо, освобождали ущемленный орган и оценивали ее жизнеспособность. После удаления пневмоперитонеума и ушивания троакарных ран брюшины (для герметизации брюшной полости, что позволило создать адекватный экстрапневмоперитонеум), переходили к выполнению второго внебрюшинного этапа. Вскрывали передний листок влагалища прямой мышцы живота, со стороны расположения грыжи, прямую мышцу отводили латерально. Тупым способом в предбрюшинное пространство вводили троакар-баллон для формирования экстрапневмоперитонеума, затем лапароскоп. Под контролем лапароскопа выполняли пневмо-диссекцию предбрюшинного пространства. После удаления троакар-баллона, на его место устанавливали троакар Хассона. Накладывали экстраперитонеум с давлением 8-10 мм. рт. ст., выделяли грыжевой мешок, в обоих случаях дефект задней стенки был 2 см в диаметре. Операцию завершали тотальной экстраперитонеальной пластикой полипропиленовым сетчатым имплантом размером 10 x 15 см. В послеоперационном периоде оценивали: динамику клинических и лабораторных показателей, потребность в анальгетиках, темпы купирования воспалительного синдрома, длительность пребывания в стационаре, косметический эффект. Результаты: Методика реализована у двух больных с ущемленными ингинальными грыжами. Оперированы, мужчина, 66 лет, по поводу ущемленной косой паховой грыжи (срок ущемления 6 часов) и женщина, 78 лет, по поводу ущемленной бедренной грыжи (время ущемления 5 часов). При ущемленной бедренной грыжи у пациентки, продолжительность операции составила 80 минут, при ущемленной паховой грыже - 120 минут. Конверсий, интра- и послеоперационных осложнений не было. Пациенты

выписаны на 4 сутки пребывания в стационаре, при полном купировании болевого синдрома и восстановления функции желудочно-кишечного тракта. В послеоперационном периоде больные отмечали слабо выраженный болевой синдром и малую потребность в анальгетиках - 60 мг кеторолака в сутки, в обоих случаях нормализация уровня лейкоцитов в крови на следующий день после операции. Срок наблюдения за пациентами составил 1 и 2 месяца. Заключение 1 Описанная методика применима в лечении больных ущемленными ингвинальными грыжами; 2 Преимуществом метода является низкая травматичность вмешательства, малая потребность в применении анальгетиков, минимальное наличие косметических дефектов на передней брюшной стенке; 3 Применение ТЕР в лечение больных с ущемленными ингвинальными грыжами является перспективным направлением и требует дальнейшего изучения.

148.ОСТРАЯ МЕЗЕНТЕРИАЛЬНАЯ ИШЕМИЯ: ВОЗМОЖНО ЛИ ИЗМЕНИТЬ СТЕРЕОТИПЫ ЛЕЧЕНИЯ?

Чернядьев С.А. (1), Лещинская А.Ю. (1,2), Кузнецов Н.П. (2), Салемьянов А.З.(2)

Екатеринбург

- 1) Кафедра хирургических болезней лечебного факультета УГМУ,
- 2) МАУ ГКБ №40

Острая мезентериальная ишемия – хирургическая патология с неизменно высокой летальностью. Применение современных способов диагностики, привлечение к оказанию помощи ангиохирургов может помочь изменить сложившиеся стереотипы в отношении этой категории больных. Цель: оценить результаты лечения пациентов с острой мезентериальной ишемией и наметить возможные пути снижения летальности. Материалы и методы. Нами проведен ретроспективный анализ результатов лечения 95 оперированных в период с 2014 по 2016 год в МАУ ГКБ №40 г. Екатеринбурга (база кафедры хирургических болезней лечебного факультета УГМУ) больных с острым артериальным тромбозом, эмболией или неокклюзионными формами нарушения мезентериального кровообращения. Возраст больных варьировал от 36 до 94 лет, средний составил $73,1 \pm 13,06$ лет. Данной патологией чаще страдали женщины - 62 (65,3%), мужчин было 33 (34,7%). Диагностический алгоритм соответствовал общепринятым стандартам обследования больных с острой хирургической патологией органов брюшной полости с выполнением КТ–АГ по показаниям. Дооперационная КТ-АГ проведена 15 (15,8%) пациентам; по ее результатам впоследствии выполнены реваскуляризирующие вмешательства 3 (20%) больным. Основным методом верификации острой мезентериальной ишемии была интраоперационная диагностика. Число случаев диагностической лапароскопии без дальнейшего расширения объема операции и конверсия ее до лапаротомии составили, соответственно, 34 (35,8%) и 54 (56,8%). Лапаротомия выполнена в качестве первичного доступа в случае прогнозируемых технических трудностей

у 7 пациентов (7,4%). Из общего числа лапаротомий диагностическая операция переросла в лечебную у 25 больных (26,3%). Пациенты, перенесшие резекционные и/ или реваскуляризирующие операции, были разделены на группы по типу поражения артерий: 1. окклюзия магистральных брыжеечных артерий 7 (28%) пациентов 2. окклюзия сегментарных артерий 18 (72%) Больным обеих групп выполнены следующие виды вмешательств: 1. резекция нежизнеспособной части кишки с формированием первичного межкишечного анастомоза - 6(24%) 2. резекция с формированием стомы - 6 (24%) 3. резекция без наложения стом или анастомозов -6(24%) случаях. 4. эмболтромбэктомия из стволов брыжеечных артерий - 3(12%) 5. сочетание эмболтромбэктомии с резекцией и межкишечным анастомозом 4 (16%) Повторного хирургического вмешательства потребовало состояние 12 (12,6%) пациентов. Результаты. Из общего числа оперированных умер 80 (84,2%) больной, в том числе после реваскуляризирующих и резекционных вмешательств 10 (40%). В 1 группе выздоровели только 3 (42,8%)пациента после выполнения сочетанных реваскуляризирующих и резекционных вмешательств. Во 2 группе выписаны из стационара 9 пациентов (50%) с различными видами резекционных операций. Выводы. 1) КТ-АГ у хирургических пациентов с неясной клинической картиной расширяет возможности выполнения различных резекционных и реваскуляризирующих операций при острой мезентериальной ишемии 2) В группе пациентов с тромботическим поражением сегментарных артерий и косвенных признаках компенсации местного кровотока выполнение традиционных резекционных вмешательств позволяет спасти 50% пациентов 3) В группе пациентов с поражением стволов магистральных брыжеечных артерий выполнение изолированных реваскуляризирующих операций на брыжеечных артериях в стадии инфаркта кишки не приводит к увеличению выживаемости пациентов с острой мезентериальной ишемией, а сочетание таких вмешательств с резекцией и первичным наложением межкишечных анастомозов позволяет добиться выживаемости 42,8% больных

149.КАВА-ФИЛЬТР У ХИРУРГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ – СПОРНЫЕ ВОПРОСЫ ПОКАЗАНИЙ, ТЕХНИКИ ИМПЛАНТАЦИИ И ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ВЕДЕНИЯ

Фокин А.А., Сощенко Д.Г.

Челябинск

ФГБОУ ВО ЮУГМУ

Венозные тромбоэмболические осложнения (ВТЭО) являются распространенным видом осложнений преимущественно у пациентов хирургических отделений. Ежегодно на 100 тысяч населения первично регистрируют тромбоз глубоких вен нижних конечностей (ТГВ) в 160, а тромбоэмболию легочных артерий (ТЭЛА) – в 50 случаях. Больные с ТГВ могут оказаться в любом отделении многопрофильного стационара. Одним из наиболее простых, безопасных и эффективных методов профилактики ТЭЛА при острых илиофemorальных флеботромбозах

(ОИФТ) является имплантация фильтра в нижнюю полую вену. Однако, за неполных 50 лет со времени первой имплантации кава-фильтра остаются спорные вопросы показаний, техники имплантации и удаления фильтров, послеоперационное ведение таких пациентов. Цель работы: осветить спорные вопросы показаний для имплантации и удаления фильтров, послеоперационного ведения больных. Материалы и методы: выполнен анализ работы трех многопрофильных центров г. Челябинска (ОКБ№1, ОКБ№3 и ДКБ ОАО РЖД) за прошедшие 3 года. В период с 2014 по 2016гг в этих стационарах было имплантировано 172 кава-фильтра. Извлекаемых фильтров имплантировано 108 (47 мужчин и 61 женщина). Удалено 49 фильтров (45,37%), средние сроки – 16 дней. Не удалено 59 фильтров (54,62%). Пациенты на фоне проводимой эластической компрессии после лечения в течении 7 дней низкомолекулярными гепаринами получали варфарин в дозах, зависящих от уровня МНО (больше 2,0), флеботоники (детралекс, венарус). Больные, поступающие для выполнения каваграфии, направлены ангиохирургом из разных отделений стационара: отделение сосудистой хирургии (и приемный покой)- 112 больных; отделение травматологии и ортопедии – 24 пациента; отделение гинекологии – 5 больных, онкологические отделения – 15 больных, отделения нейрохирургии – 4 пациентов, терапевтические отделения – 12 больных. Вопросы, обсуждаемые при выявлении эмбологенного тромбоза: нуждается пациент в имплантации кава-фильтра? Какой фильтр (извлекаемый или постоянный) планируется имплантировать? В какую позицию? Сроки извлечения временного фильтра? Критерии для извлечения фильтра? Медикаментозное лечение в постимплантационном периоде? Длительность антикоагулянтной терапии? Критерии динамического наблюдения больных с постоянным кава-фильтром и после извлечения временного? Сопутствующая терапия основного заболевания и терапия ВТЭО? Планируемое хирургическое лечение основного заболевания и антикоагулянтная терапия ВТЭО? Выводы: 1.Имплантация кава-фильтра – надежный способ профилактики ВТЭО, требующий соблюдения показаний для его установки, техники имплантации и сроков извлечения фильтров. 2. В каждом конкретном случае эмбологенного тромбоза решение об имплантации кава-фильтра принимается коллегиально с учетом сопутствующей патологии и планируемого хирургического лечения основного заболевания. 3. Использование других способов лечения эмболоопасных тромбозов с целью снижения количества имплантируемых противоэмболических устройств - тромбэктомии и тромбэкстракции.

150.ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ОСЛОЖНЕНИЙ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ

Столин А.В.

Екатеринбург

Уральский государственный медицинский университет

Субъективное состояние пациентов после операции является одним из важнейших составляющих, которое более многогранно отражает эффективность лечения. Оценка отдаленных результатов хирургического лечения обтурационных осложнений ЖКБ с помощью Гастроинтестинального индекса качества жизни (ГИКЖ) показала, что лучше всего происходит социальная адаптация пациентов в послеоперационном периоде, треть респондентов набирают оптимальное количество баллов. Хуже всего показатели физического состояния, и это не связано с возрастом респондентов. Выявлено существенное влияние на ГИКЖ срока прошедшего с момента операции.

151.ЛЕЧЕНИЕ ОБТУРАЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ

Столин А.В.

Екатеринбург

Уральский государственный медицинский университет

В работе проведен анализ тактики лечения 1008 больных с осложненными формами ЖКБ. Больные обтурационным гнойным холангитом с септическим шоком, в первую очередь, нуждаются в проведении противошоковых мероприятий. После стабилизации показателей гемодинамики появляется возможность выполнения хирургических процедур. Эндоскопическая папиллотомия – эффективная и наименее травматичная операция у больных, не имеющих признаков ургентного гнойно-деструктивного процесса в желчном пузыре. Трансабдоминальная операция из минидоступа оправдана для удаления желчного пузыря с одномоментным вмешательством на протоках.

152. СЕПСИС У БОЛЬНЫХ ОБТУРАЦИОННЫМ ГНОЙНЫМ ХОЛАНГИТОМ

Столин А.В.

Екатеринбург

Уральский государственный медицинский университет

Гнойный холангит является триггером в развитии билиарного сепсиса. Для выявления пациентов с подозрением на сепсис и возникшую угрозу жизни вне отделений реанимации и интенсивной терапии рекомендуют использовать шкалу Quick SOFA (Экспресс SOFA). В настоящее исследование включены 136 больных острым калькулезным холециститом, холедохолитиазом, обтурационным гнойным холангитом. Для определения тяжести состояния пациентов и угроза развития сепсиса использованы стратификационные системы: APACHE-III, SAPS-II, MODS, Quick SOFA и критерии ACCP/SCCM. Полученные данные свидетельствуют о нарастании риска неблагоприятного исхода при гнойном холангите по мере прогрессирования дисрегуляции.

153. ОРГАНИЗАЦИЯ КОМБУСТИОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ВЗРОСЛОМУ НАСЕЛЕНИЮ ЕКАТЕРИНБУРГА И СВЕРДЛОВСКОЙ ОБЛАСТИ

*Шуварин Д.В. (1), Нишневич Е.В. (1,2), Руднов В.А. (1,2),
Попов В.П. (3), Воронков М.Ю. (4),*

Екатеринбург

1) МАУ ГКБ №40, 2) УГМУ, 3) ТЦМК, 4) МЗ СО

В настоящее время проблемы организации оказания медицинской помощи при ожоговой травме имеют много общего по всей России: 1. Большие по площади регионы с недостаточной инфраструктурой путей сообщения. 2. Невозможность быстрой доставки пострадавших в специализированные стационары. 3. Отсутствие должного количества специализированных ожоговых коек на местах. 4. Невысокий уровень оснащенности, в т.ч. - квалифицированными кадрами. 5. Недофинансирование, низкие тарифы КСГ по лечению ожоговой травмы. Для решения этих проблем, ввиду отсутствия общероссийского Порядка по оказанию медицинской помощи при ожогах, разработаны и утверждены следующие документы: 1. Клинические рекомендации по ведению взрослых пациентов с ожоговой травмой. 2. Приказ Министерства Здравоохранения СО № 506 от 01.04.2017 г. "Об организации оказания медицинской помощи при ожоговой травме на территории Свердловской области". Согласно этим документам, совместно с МЗ Свердловской области, Территориальным центром медицины катастроф (ТЦМК), разработана и определена схема маршрутизации пациентов с

ожоговой травмой. По приказу МЗ СО № 506 от 01.04.2017 г. квалифицированная медицинская помощь больным с ожогами оказывается в ЛПУ по месту жительства. Определены 3 межмуниципальных центра, в которых выделено по 5 специализированных коек для ожоговых больных - г. Н.Тагил, К.Уральский, Краснотуринск. В случае тяжелой ожоговой травмы, ТЦМК получив информацию в течении первых суток с момента травмы, проводит очную или он-лайн консультацию дежурным комбустиологом ТЦМК, далее решает вопрос о транспортировке (перегоспитализации) пострадавшего в специализированное ожоговое отделение МАУ ГКБ № 40 силами бригады ТЦМК или реанимационной бригадой ТЦМК. Результаты: за шестилетний период в ожоговом отделении МАУ ГКБ № 40 получили специализированную, в т.ч и ВМП - 2675 человек, 942 из которых - глубокие ожоги, потребовавшие этапного оперативного лечения. В РАО ожогового отделения за это время пролечено 664 больных, 290 человек с ИТ (ингаляционной травмой), с длительной ИВЛ, получившие неоднократные санации трахео-бронхиального дерева. Общая летальность за время работы ожогового отделения составила от 6.7% (по России летальность 2016 г- 7,2 %). Вывод: предложенная схема организации медицинской помощи больным с ожоговой травмой позволила обеспечить эффективную помощь взрослому населению Свердловской области. Для решения подобных проектов необходимо тесное сотрудничество всех звеньев - ЛПУ, специализированного ожогового отделения, ТЦМК, Министерства Здравоохранения Свердловской области, УГМУ.

154.ОЦЕНКА РИСКА РЕЦИДИВОВ ЯЗВЕННЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ

Солодов Ю.Ю. (1), Бородкин И.Н. (2), Демин Д.Б. (1).

Оренбург

- 1) ФГБОУ ВО ОрГМУ Минздрава России,
- 2) ГАУЗ "ГКБ им. Н.И. Пирогова"

Несмотря на совершенствование хирургических технологий летальность при гастродуоденальных язвенных кровотечениях остается высокой, достигая 30%. В клинической практике отсутствуют прогностические критерии риска рецидивов кровотечений, хотя именно подобные состояния в прогностическом отношении наиболее неблагоприятны. Исходя из этого предпринята попытка выявления факторов риска рецидивов язвенных гастродуоденальных кровотечений после проведенного эндоскопического гемостаза. Цель работы: выявление факторов, снижающих эффективность эндоскопического гемостаза при гастродуоденальных язвенных кровотечениях. Задачи исследования: 1. Оценить эффективность аргоноплазменной коагуляции кровоточащих язв. 2. Выявить конкретные факторы риска возникновения рецидивного кровотечения. Материалы и методы. Произведен анализ 54 историй болезни пациентов с гастродуоденальными язвенными кровотечениями, находившихся на лечении в ГАУЗ «ГКБ имени Н.И. Пирогова» г. Оренбурга за 2 года (период с

2015 по 2016 гг). Больные были разделены на 2 группы: основная группа – пациенты с рецидивами язвенных кровотечений (n=24); контрольная группа - пациенты без рецидивов язвенных кровотечений (с успешно выполненным эндоскопическим гемостазом). Всем больным при первичной ЭГДС выполнялась аргоноплазменная коагуляция язвенного дефекта в сочетании с обкалывание раствором аминокaproновой кислоты. В процессе лечения все больные получали комплексную консервативную терапию, в соответствии со стандартами лечения язвенных кровотечений. Оценка тяжести общего состояния пациентов в момент поступления производилась по шкале SAPS II. Результаты. Средний возраст в группах наблюдения составил: $57,8 \pm 17,7$ лет в основной группе, и $58,6 \pm 16,9$ – в контрольной. Эндоскопическая оценка гастродуоденальных язвенных кровотечений производилась в соответствии с классификацией Forrest (1974). При сравнительной оценке состояния гемостаза в момент поступления выявлено: 1) в основной группе: Forrest IA – 25%, Forrest IB – 0%, Forrest IIA – 0%, Forrest IIB – 66,6%, Forrest IIC – 8,3%; 2) в контрольной группе: Forrest IA – 7%, Forrest IB – 2,43%, Forrest IIA – 2,43%, Forrest IIB – 82,9%, Forrest IIC – 4,87%. При анализе изучаемых случаев в основной группе удалось выявить взаимосвязь рецидивов со следующими сопутствующими заболеваниями: наличие гипертонической болезни – у 52,38%, постгеморрагическая анемия тяжелой степени – у 30,9%, сахарный диабет – у 25%. В контрольной группе было выявлено значительно меньше сопутствующей патологии. В ходе изучения тяжести общего состояния в момент поступления наблюдалось более тяжелое состояние больных основной группы (25,4 балла – вероятность летальности $9 \pm 0,47\%$) в сравнении с контрольной группой (20,3 балла – вероятность летальности $5 \pm 0,58\%$). При изучении размеров и топографии язвенного дефекта выявлена преимущественная локализация язв в желудке (58,3%) в основной группе, в 12п.к. (60%) – в контрольной. Размер язвенного дефекта более 1 см в диаметре в основной группе наблюдали в 66,6%, в контрольной лишь в 6,6%. При возникновении рецидива 22 больным произведена повторная АПК. Из них в 2 случаях (3,3%) неэффективность эндоскопического гемостаза потребовала выполнения открытых вмешательств с прошиванием кровоточащего сосуда. У 2 больных массивное рецидивное кровотечение привело к летальному исходу. Выводы. В ходе исследования размеры язвенного дефекта, локализация, тяжесть состояния пациентов на момент поступления, наличие сопутствующих заболеваний, показатели гемостаза в основной группе превышают значения контрольной. Исходя из этого можно сделать вывод о том, что влияние данных параметров играют роль в возникновении рецидивов. Минимизация летальных исходов говорит о достаточно высокой эффективности эндоскопического гемостаза в комплексе лечения гастродуоденальных язвенных кровотечений.

155. ПОРЯДОК ОКАЗАНИЯ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ С ВНУТРИБРЮШНЫМИ И ЗАБРЮШИННЫМИ ЖИДКОСТНЫМИ ОБРАЗОВАНИЯМИ

*Солодов Ю.Ю. (1), Демин Д.Б. (1), Фуныгин М.С. (1),
Соболев Ю.А. (1), Савин Д.В. (2), Кан В.В. (2)*

Оренбург

- 1) ФГБОУ ВО ОрГМУ Минздрава России,
- 2) ГАУЗ "ГКБ им. Н.И. Пиргова" г. Оренбурга

Введение. В настоящее время не существует чётко определенных стандартов лечения при выявлении внутрибрюшных и забрюшинных жидкостных образований, поэтому специалисты нередко затрудняются в выборе метода лечения. Целью исследования была разработка соответствующего алгоритма, направленного на совершенствование хирургической тактики и улучшение результатов лечения. Построение алгоритма базируется на результатах лечения 118 пациентов с внутрибрюшными и забрюшинными жидкостными образованиями различной этиологии и локализации. При выявлении жидкостных образований принципиальной является оценка четырех «ключевых моментов»: 1. Исключение нарушения целостности стенки жидкостного образования с попаданием содержимого в свободную брюшную полость и развитием перитонита. Это исключает возможность эффективного применения малоинвазивного доступа и пункционного дренирования. 2. Определение степени однородности выявленного жидкостного образования: является ли содержимое однородным (только жидкостной компонент) или содержит в своём просвете секвестры. С этой целью для визуализации архитектоники полости жидкостного образования необходимо выполнить УЗИ, а по возможности КТ (с внутривенным контрастированием). 3. Выявление при УЗИ наличия «акустического окна» для доступа к жидкостному образованию с целью выбора методики малоинвазивного вмешательства. 4. Выявление причины появления жидкостного образования. Этот момент принципиально важен, ведь появление панкреатических абсцессов на фоне остро текущего деструктивного панкреатита в последующем с большой долей вероятности обеспечит продолжительную секвестрацию в полость абсцесса с поддержанием воспаления. При нарушении целостности стенки жидкостного образования с развитием перитонита, показано хирургическое вмешательство, задачами которого помимо дренирования патологического очага является санация и дренирование брюшной полости. При выявлении внутрибрюшных и забрюшинных жидкостных образований в первую очередь должны применяться малоинвазивные методы хирургического лечения. Так при наличии жидкостных образований с однородным жидкостным компонентом операцией выбора являются пункционное дренирование образования под УЗИ-контролем. При наличии тканевого компонента в составе жидкостного образования следует прибегать к наружному дренированию жидкостных образований брюшной полости и забрюшинного пространства, выполняемому из малоинвазивного доступа под интраоперационной ультразвуковой навигацией. Как показывает наш опыт, методика показывает высокую эффективность при лечении разного рода жидкостных образований и позволяет добиться выздоровления с наилучшими результатами. Традиционную операцию следует выполнять лишь при отсутствии возможности выполнения малоинвазивных методов, либо при их неэффективности. Заключение: применение в клинике предложенного алгоритма позволило существенно

снизить уровень летальности, значимо уменьшить количество связанных с оперативным вмешательством осложнений и избежать открытых операций, что вписывается в рамки концепции снижения агрессии оперативного доступа.

156. ХИРУРГИЧЕСКОЕ ВЕДЕНИЕ БОЛЬНЫХ С ПАНКРЕОНЕКРОЗОМ

Солодов Ю.Ю. (1), Демин Д.Б. (1), Фуныгин М.С. (1), Лайков А.В. (2)

Оренбург

- 1) ФГБОУ ВО ОрГМУ Минздрава России,
- 2) ГАУЗ "ГКБ им. Н.И. Пирогова"

Хирургия «малых доступов» - бурно развивающееся в последние двадцать лет направление в медицине. Следуя современным представлениям, число открытых оперативных вмешательств в последнее время сводится к минимуму, уступая место малоинвазивным вмешательствам. Их важным компонентом является ультразвуковая навигация (УЗН), обеспечивающая прицельное попадание в полость панкреатогенного жидкостного образования (ПЖО). Однако, по различным данным, методика пункционного дренирования эффективна лишь в 65-70% случаев, что связано с трудностями при удалении через дренажную трубку плотного тканевого компонента (секвестров) вследствие ее малого диаметра. Возникает необходимость в повторных операциях. Исходя из этого, осуществляются попытки изыскания новых более перспективных методов хирургического лечения. Цель исследования: разработать новую более эффективную методику хирургического лечения внутрибрюшных и забрюшинных ПЖО. Материалы и методы исследования. В 2011 году в клинике кафедры факультетской хирургии ОрГМУ на базе хирургических отделений больницы им. Н.И. Пирогова г. Оренбурга был разработан новый метод дренирования ПЖО брюшной полости и забрюшинного пространства, выполняемый из малоинвазивного доступа под интраоперационной УЗН. Сущность метода: в условиях операционной под эндотрахеальным наркозом делают небольшой разрез кожи величиной до 5 см в ранее намеченной точке (в проекции «акустического окна») и под непрерывной УЗН послойно осуществляют доступ к ПЖО (абсцесс, постнекротическая киста, перипанкреатическое жидкостное скопление, забрюшинная флегмона). Это позволяет избежать повреждения полых и паренхиматозных органов, а также крупных сосудисто-нервных структур при осуществлении доступа. После проникновения в полость и аспирации содержимого выполняют ревизию полости тупфером или пальцем (если возможно). Через раневой канал удаляют плотный тканевой компонент (секвестры). После полного удаления содержимого, подтвержденного при УЗИ, производят установку дренажей крупного диаметра в остаточную полость, дренажи фиксируют к коже. Вся операция выполняется стандартным набором хирургических инструментов. Результаты и обсуждение. С января 2011 по февраль 2016 года пункционное дренирование внутрибрюшных и забрюшинных ПЖО было выполнено

37 больным (I группа), из малоинвазивного доступа было прооперировано 43 человека (II группа). Летальность в I группе составила 5,4% - 2 случая, во второй 2,3% - 1 случай. Во всех случаях летальный исход наступил на фоне тяжелого течения панкреонекроза. В структуре осложнений у больных II группы было зарегистрировано минимальное количество осложнений, как местного (2,3%), так и общего характера (7%). У больных же I группы большее количество местных послеоперационных осложнений (8,1%) во всех случаях было связано с ограниченными возможностями методики пункционного дренирования и, как следствие, прогрессирующим гнойным процессом. В ходе анализа причин послуживших основанием для повторных операций выявлено, что во II группе в ходе лечебного процесса ни в одном случае не возникла необходимость выполнения повторных вмешательств, связанных с неэффективностью дренирования и последующим расширением объема вмешательства. Выполнение 5 повторных операций (11,6%) было связано с формированием новых жидкостных образований не связанных с первичным очагом (результаты подтверждены данными КТ и интраоперационно). В противоположность этому у больных I группы неэффективность дренирования потребовала расширения объема дренирования ПЖО в 5 случаях (13,5%) и одно повторное пункционное дренирование (2,7%) – без расширения объема. Данная тенденция объясняется отсутствием возможности полноценной инструментальной ревизии жидкостной полости, и как следствие, неадекватной санацией патологического очага. Во время повторных операций в дренируемых полостях были обнаружены крупные, свободно лежащие секвестры, поддерживающие очаг воспаления, неспособные к эвакуации вследствие недостаточного диаметра дренажных трубок. Это подтверждает данные о недостаточной клинической эффективности пункционного дренирования ПЖО, содержащих помимо жидкостного компонента секвестры. Выводы: 1) Дренирование из малоинвазивного доступа под УЗН более эффективно по сравнению с пункционным дренированием; 2) Возможность полноценной инструментальной ревизии и малая травматичность сочетают в методе лучшие стороны пункционного дренирования и открытой операции.

**157. ФАКТОРЫ РИСКА НЕБЛАГОПРИЯТНОГО ИСХОДА
ПРИ НЕВАРИКОЗНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЯХ ИЗ ВЕРХНИХ ОТДЕЛОВ
ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА**

Тарасов Е.Е.(1), Багин В.А.(1), Нишневич Е.В.(1,2)

Екатеринбург

1) МАУ ГКБ №40 2) УГМУ

Актуальность. Заболеваемость гастродуоденальных кровотечений из верхних отделов желудочно-кишечного тракта составляет 100 случаев на 100000 населения в год. Несмотря на развитие медицины, летальность сохраняется на уровне 5-12%. Причиной высокой

летальности может являться недооценка факторов риска смерти. Целью исследования явилась выявление факторов риска летального исхода у пациентов с неварикозными кровотечениями из верхних отделов желудочно-кишечного тракта (НКВЖКТ). Материалы и методы. В исследование включено 280 пациентов с НКВЖКТ, госпитализированных в МАУ ГКБ №40 в 2014 – 2016 г. Оцениваемые характеристики: пол, возраст, диагноз, тяжесть кровотечения и наличие сопутствующей патологии. Диагностику и степень тяжести кровотечения проводили по шкалам Forrest (1974) и Rockall (1996). Терапия, эндоскопическое лечение и оперативная тактика соответствовали «Клиническим рекомендациям по оказанию медицинской помощи населению УрФО по неотложной хирургии» (2013г.) и внутренним протоколам МАУ ГКБ №40 (2015г.). Для обработки данных использовалась статистическая программа EZR v.3.2.2. Данные представлены в виде абсолютного количества(%) или в виде $Me(Q1;Q3)$, где Me – медиана, $Q1$ и $Q3$ – интерквартильный размах. Для выявления факторов риска рассчитывали отношение шансов и 95% доверительный интервал (ОШ(95%ДИ)).

Результаты. По этиологии пациенты распределились: хроническая язва ДПК – 80(28,6%) пациентов; острая язва ДПК – 7(2,5%), хроническая язва желудка – 39(13,9%); острая язва желудка – 69(24,6%); синдром Mallory-Weiss – 59(21,1%); геморрагические гастриты – 23(8,2%), острая язва гастроэнтероанастомоза – 3(1,1%). В ОРИТ было госпитализировано 105(37,5%) пациентов. Средний возраст составил 55,5(42;68) лет, мужчины – 191(68,2%). По шкале Forrest пациенты распределились следующим образом: F1a – 1 пациент (0,4%), F1b – 37(13,2%), F2a – 6(2,1%), F2b – 51(18,2%), F2c – 153(54,6%), F3 – 32(11,4%). По шкале Rockall: 0-2 балла – 100(35,7%), 3-4 балла – 93(33,2%), 5-6 баллов – 57(20,4%), ?7 баллов – 30(10,7%). Количество пациентов с кровопотерей 3-4 степени тяжести по классификации American College of Surgeons (1997) составило 111(39,6%). Рецидив кровотечения был зафиксирован у 29(10,4%) пациентов. Открытым способом оперировано 15(5,4%) пациентов. Общая летальность составила 16(5,7%). Факторы ассоциированные с летальностью были поделены на следующие 3 группы: 1) факторы с связанные преморбидным фоном (этиология, возраст, пол, сопутствующая патология); 2) факторы связанные с кровотечением (тяжесть кровотечения, наличие рецидива, тяжесть кровопотери, поздняя госпитализация); 3) факторы связанные с особенностями лечения (необходимость в гемотрансфузии, длительность пребывания в ОРИТ, проведение открытой операции и пр.). В результате проведенного анализа у пациентов с НКВЖКТ нами выявлены следующие факторы риска неблагоприятного исхода: возраст старше 60 лет – ОШ риска смерти 10,6 (95%ДИ 2,36-47,6), $p=0,0021$; сопутствующее онкологическое заболевание – ОШ 4,22(1,24-14,3), $p=0,0208$; тяжесть по шкале Rockall – ОШ 2,98(1,96-4,54), $p<0,0001$; возникновение рецидива кровотечения – ОШ 15,7(5,32-46,1), $p<0,0001$; тяжесть кровопотери 3-4 степени – ОШ 26,2(3,42-202), $p=0,0017$; гемоглобин крови <70 г/л – ОШ 6,76(2,38-19,2), $p=0,0003$; госпитализация позже 24 часов от момента возникновения кровотечения – ОШ 4,77(1,06-21,4), $p=0,0414$; необходимость в проведении открытой операции – ОШ 40,4(11,8-139), $p<0,0001$; необходимость в гемотрансфузии – 3,33(1,13-9,83), $p=0,0295$; пребывание в ОРИТ >1 суток – ОШ 10,5(3,6-30,5), $p<0,0001$.

Выводы. При терапии пациентов с НКВЖКТ следует учитывать следующие факторы риска неблагоприятного исхода: возраст больше 60 лет, сопутствующее онкологическое заболевание, тяжесть по шкале Rockall, рецидив кровотечения, кровопотеря 3-4 степени тяжести, гемоглобин крови менее 70 г/л, поздняя госпитализация, а так же ассоциированные факторы: необходимость в проведении открытой операции, необходимость в гемотрансфузии, пребывание в ОРИТ более 1 суток.

158. НАДЕЖНОСТЬ ЭВЕРТИРОВАННОГО АНАСТОМОЗА В РЕЗЕКЦИОННОЙ ХИРУРГИИ КИШЕЧНИКА

Власов П.А.

Саранск

МГУ им. Н.П. Огарева

Актуальность. Известно, что в резекционной хирургии кишечника до сих пор сохраняется риск развития инфекционных осложнений как со стороны брюшной полости, так и брюшной стенки. Одним из тяжелых осложнений является несостоятельность швов межкишечного анастомоза. Известно, что темп репаративного процесса тканей по линии швов зависит от трофики. При двухрядном шве возникают существенные метаболические нарушения в регенерирующих структурах, что является отягощающим фактором. Альтернативой существующей классической инвертированной технологии является эвертированная ориентация шовного валика. Цель: установить надежность однорядного эвертированного анастомоза в резекционной хирургии кишечника. Материал и методы. Исследования проведены у 56 больных острой хирургической патологией органов брюшной полости (острая кишечная непроходимость различного происхождения), которым выполнялась резекция кишечника. В первой (сравнения) группе у 30 пациентов применен двухрядный инвертированный анастомоз по Ламберу-Альберту, во второй (основной) 26 пациентов применен однорядный эвертированный анастомоз с широкой адаптацией подслизистой основы по А.П. Власову. Результаты лечения оценивали по клиническому течению раннего послеоперационного периода с акцентом на восстановление моторики кишечника и развития осложнений. Полученные результаты. Установлено, что течение раннего послеоперационного периода у больных, перенесших резекцию кишечника с последующим формированием анастомоза конец в конец с использованием двухрядного инвертированного анастомоза, было различным. У 22 больных осложнений не возникло. В этой группе сравнительно быстро восстанавливалась моторика кишечника, снижалась температурная реакция. Осложнений со стороны брюшной полости и раны брюшной стенки не отмечено. У 8 больных в раннем послеоперационном периоде отмечено возникновение инфильтратов брюшной полости (4), продолжительная температурная реакция (8), замедление восстановления моторики кишечника (аускультативно и УЗИ-исследованию), что потребовало корректировки схем лечения. Повторных операций не проводилось. При применении однорядного эвертированного анастомоза после резекции кишечника ранний послеоперационный период протекал легче. Отмечено сравнительно быстрое (на 19,3 ч, $p < 0,05$) восстановление моторики кишечника, менее продолжительная (на 12,5 ч, $p < 0,05$) температурная реакция. Инфильтрат в брюшной полости возник у одного больного. Пребывание больных в стационаре сократилось на 2,1 койко-дня ($p < 0,05$) Обсуждение. Применение однорядного эвертированного анастомоза в хирургии кишечника существенно улучшает результаты лечения, что проявляется в быстром восстановлении моторики кишечника, уменьшении продолжительности температурной реакции и срока пребывания больных в стационаре.

159. ЧРЕСКОЖНАЯ ЧРЕСПЕЧЕНОЧНАЯ ХОЛАНГИОСТОМИЯ. ОШИБКИ, ОПАСНОСТИ, ОСЛОЖНЕНИЯ

Барыков В.Н., Абайдулин Р.Ж., Бондаревский И.Я., Халилов Э.М.

Челябинск

ЧОКБ

Актуальность. Синдром механической желтухи, один из главных признаков непроходимости желчных протоков, независимо от вызвавшей его причины, может приобретать характер самостоятельного тяжелого и опасного для жизни состояния, которое требует быстрой декомпрессии желчных путей. Если не удастся выполнить эндоскопическую ликвидацию желчной гипертензии, показано антеградное дренирование желчного дерева - чрескожная чреспеченочная холангиостомия под рентгеновским контролем. Материал и методы. В ЧОКБ с января 2016 г. по октябрь 2017 г. находилось на лечение 75 пациентов, которым для ликвидации механической желтухи выполнено ЧЧХС, 44 мужчины и 31 женщина в возрасте от 40 до 83 лет. В подавляющем большинстве случаев (59) была та или иная онкологическая патология; у 16 – причины были другие: ятрогенные повреждения холедоха – 2, стриктуры холедоха – 8, альвеококкоз – 6. Уровень билирубина при госпитализации был повышен от 138 до 560 мкмоль/л, а длительность желтухи была от 2-х недель до 2-х месяцев. Правосторонняя ЧЧХС выполнена у 56 пациентов, левосторонняя – у 6, двусторонняя – у 15 пациентов. Манипуляции выполнялись по стандартной методике на аппарате Toshiba infinix. Полученные результаты. В конечном итоге у всех пациентов удалось достичь снижения уровня холангической интоксикации. Но при этом отмечены следующие осложнения ЧЧХС: - Геморрагические – у 13 пациентов (17%) - кровотечение из раневого канала печени, остановлено лапароскопически – у 5, при лапаротомии – у 2; гемобилия – у 5, ликвидированная переустановкой (3) или транспозицией (смещением в ту или иную сторону) дренажа (1), ушивание раны печени (1); гемоторакс справа (1), ликвидированный консервативно. - Воспалительные - острый панкреатит, связанный с проведением дренажа в просвет 12 п.к. для билиодуоденального дренирования у 2 пациентов (2,6%); ликвидировано консервативными мерами и смещением дренажа вверх в просвет холедоха. - Нагноительные - билома и поддиафрагмальный абсцесс у 1 пациента (1,3%), ликвидированный пункционным путем. Обсуждение. Столь высокая частота осложнений ЧЧХС при механической желтухе объясняется тяжестью состояния больных, нарушением и серьезными сдвигами гомеостаза, в частности, снижением свёртывающего потенциала крови. Для снижения частоты геморрагических осложнений нами при наличии показаний в до- и в послеоперационном периоде после ЧЧХС проводится гемостатическая терапия, в том числе переливание свежезамороженной плазмы, эритроцитарной массы и т.д. Прямая связь между уровне билирубина и появление того как иного осложнения не установлена. Проявление такого осложнения как острый панкреатит, вероятно всего, связано с относительно большим диаметром дренажа ЧЧХС, который был проведен через узкий терминальный отдел холедоха и перекрыл устье вирсунгова протока. Выводы и рекомендации. 1. После рентгенхирургической чрескожной чреспеченочной холангиостомии чаще всего (в 17%) возникает геморрагические осложнения. 2. При дистальном блоке желчного дерева следует отдать предпочтение наружному, а при проксимальном – наружно-внутреннему

дренированию. 3. Для профилактики осложнений ЧЧХС необходима коррекция свертывающей системы крови, полноценная визуализация желчного дерева, установки дренажа максимально близкого к «блоку».

160.ПРОСТРАНСТВЕННО-ВРЕМЕННЫЕ ЗАКОНОМЕРНОСТИ РАСПРОСТРАНЕНИЯ ИШЕМИЧЕСКОГО НЕКРОЗА В СТЕНКЕ ТОНКОЙ КИШКИ

Балеев М.С., Киселева Е.Б., Шахов А.В., Балеева М.В., Бедерина Е.Л.

Нижний Новгород

Городская клиническая больница № 30

Актуальность. Вопросы патогенеза острой интестинальной ишемии представляют особый интерес для исследователей и клиницистов, поскольку глубокое изучение данной проблемы позволит оптимизировать результаты лечения широкого спектра хирургической патологии, сопровождающейся развитием некроза ишемизированной кишки (Иманалиев М. Р., 2017; Сигуа Б. В., 2017). Цель – исследовать корреляционную связь между глубиной повреждения участка кишки, и его локализацией относительно центра ишемизированной области. Материал и методы. Экспериментальная работа основана на результатах исследования 25 лабораторных животных – взрослых крыс-самцов линии «Вистар» массой от 220 до 275 г. 15-ти животным моделировали острую артериальную брыжеечную ишемию способом ... Во второй группе животных (n=10) моделировали острую артериовенозную брыжеечную ишемию перевязкой петли тощей кишки длиной около 5 см вместе с локальными артериями и венами брыжейки. После развития внешних признаков нежизнеспособности кишки (цианотично-черный цвет стенки, отсутствие перистальтики и пульсации сосудов брыжейки) проводили гистологическое исследование секторов кишки с шагом 1 см, окрашивали препараты гематоксилином и эозином. На препаратах оценивали пространственно-временные закономерности распространения ишемии и некроза вдоль кишки от очага нарушения кровоснабжения к неповрежденной зоне, а также вглубь стенки кишки от серозной, мышечной к подслизистой и слизистой оболочкам. Результаты. В первой группе животных макроскопические признаки нежизнеспособности кишки развились в течение 180,5 [176; 194] (Me [Q1; Q3]) минут с момента перевязки мезентериальной артерии, во второй группе - в течение 125,7 [97; 136] (Me [Q1; Q3]). Статистического подтверждения зависимости глубины повреждения от локализации сектора кишки относительно центра ишемизированной области в обеих группах не получено. При уровне значимости $p=0,050$ в данной выборке критическое значение коэффициента корреляции Спирмена, необходимое для констатации корреляционной зависимости, составляет не менее 0,780. Однако при анализе связи глубины повреждения кишки и локализации поврежденного сектора методом ранговой корреляции Спирмена для секторов с ишемией без некроза коэффициент составил 0,634, для секторов с поверхностным некрозом – (-0,071), для секторов с трансмуральным

некрозом – (-0,007). Принципиально отличалась природа некроза в группах исследования: при остром нарушении артериального кровоснабжения гистологически верифицирована картина ишемического поражения, а при острой артериовенозной недостаточности на фоне ущемления кишки и брыжейки – геморрагический инфаркт кишечной стенки. Вывод. При острой артериальной и артериовенозной ишемии кишки в пределах ишемизированного участка корреляционной связи между глубиной повреждения участка кишки и его локализацией относительно центра ишемизированной области нет. Ко всему прочему, при остром нарушении артериального кровоснабжения возникает картина ишемического некроза, а при острой артериовенозной недостаточности – геморрагический инфаркт.

161. ОРГАНИЗАЦИЯ ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ МЕДИЦИНСКИХ УЧРЕЖДЕНИЙ И МАРШРУТИЗАЦИЯ ПАЦИЕНТОВ С КРИТИЧЕСКОЙ ИШЕМИЕЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Фокин А.А. (1), Владимирский В.В. (2), Барышников А.А. (2)

Челябинск

- 1) ГБОУ ВО «Южно-Уральский государственный медицинский университет»
- 2) ГБУЗ «Челябинская Областная клиническая Больница»

Цель: Сократить время между началом развития критической ишемии нижних конечностей и госпитализацией в специализированное сосудистое отделение для выполнения реконструктивного вмешательства. Материалы и методы: В 2015 году применялась стандартная схема направления в специализированное сосудистое отделение ГБУЗ «ЧОКБ» для выполнения реконструктивного вмешательства у пациентов с критической ишемией нижней конечности. Средний срок с момента обращения пациента к хирургу по месту жительства до выполнения сосудистой реконструкции составлял от 15 до 36 суток (средний 24 ± 5). За 2015 год в отделении сосудистой хирургии ГБУЗ «ЧОКБ» выполнено 286 оперативных вмешательств у пациентов с КИНК. Из них 138 открытых и 148 эндоваскулярных и гибридных. Открытые вмешательства – 138. С и D типы по TASC II при поражении АПЗ – 44. С и D типы по TASC II при поражении бедренно-подколенного сегмента (БПС) – 114. Гибридные вмешательства – 40. С и D по TASC – 35. Эндоваскулярные вмешательства – 108. При поражении АПЗ – 38, БПС – 46, берцовых артериях – 24. В 2016 году использовалась новая схема маршрутизации в специализированное сосудистое отделение ГБУЗ «ЧОКБ» для выполнения реконструктивного вмешательства у пациентов с критической ишемией нижней конечности. При выявлении диагноза проводилась консультация пациента по линии «санитарной авиации» и посредством службы телемедицины, на электронный адрес отправлялся подробный выписной эпикриз и, при наличии, результаты СКТ АГ. После согласования, пациент санитарным транспортом доставлялся в экстренный приемный покой, где, при необходимости выполнялась СКТ АГ артерий нижних конечностей. При положительном

решении относительно возможности выполнения реконструктивного вмешательства, пациент госпитализировался экстренно в отделение сосудистой хирургии. Средний срок с момента обращения пациента к хирургу по месту жительства до выполнения сосудистой реконструкции составлял от 1 до 9 суток (средний 4 ± 2). За 2016 год выполнено 297 оперативных вмешательств у пациентов с ХОЗАНК. Из них 143 открытых и 154 эндоваскулярных и гибридных. Открытые – 143. С и D типы по TASC II при поражении АПЗ – 33. С и D типы по TASC II при поражении БПС – 110. Гибридные – 26. Эндоваскулярные вмешательства – 128. При поражении АПЗ – 52, БПС – 48, берцовых артерий – 28. Результаты и обсуждение: Внедрение используемого нами взаимодействия медицинских учреждений и маршрутизации пациентов с критической ишемией нижних конечностей позволило значительно сократить период ожидания реконструктивного вмешательства, в среднем, с 24 до 4 суток. Раннее выполнение реконструктивного вмешательства при развитии КИНК, может предотвратить развитие и прогрессирование некро-биотических изменений нижних конечностей, тем самым повысив эффективность реконструкции и вероятность сохранения конечности, а так же, сократить общий срок лечения пациента. Выводы: Мы считаем, что плановое ведение и маршрутизация пациентов с КИНК усугубляет течение заболевания и ухудшает прогноз лечения. Активное взаимодействие с медицинскими учреждениями позволяет проводить более эффективный отбор пациентов для выполнения реконструкции и своевременно направлять на раннюю абляцию конечности при наличии необратимых изменений тканей конечности. Важную роль играет организация постоянного контакта со специалистами областных медицинских учреждений, что обеспечивается регулярным ежемесячным проведением селекторных совещаний специалистами отделения сосудистой хирургии, а так же, конференций с участием хирургов региона по тематике лечения КИНК (в Челябинской области проведена в сентябре 2017 года).

162. РЕГИОНАЛЬНЫЕ УСЛОВИЯ И ОСОБЕННОСТИ ОКАЗАНИЯ НЕОТЛОЖНОЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ ЧЕЛЯБИНСКОЙ ОБЛАСТИ

Альтман Д.А., Бондаревский И.Я., Гоголевская А.В., Номикоз И.В.

Челябинск

ГБУЗ «Челябинская областная клиническая больница»

Актуальность: На сегодняшний день, оказание неотложной квалифицированной и специализированной хирургической помощи жителям отдаленных и труднодоступных районов Челябинской области не перестает быть актуальной темой. Несмотря на все усилия государственного масштаба по привлечению врачей хирургических специальностей в медицинские организации районов, кадровый дефицит, к сожалению, только увеличивается. В Челябинской области дефицит врачей общехирургического профиля составляет 30% от количества физических лиц, предусмотренных штатным расписанием медицинских

организаций. Кроме этого, трёхуровневой системы оказания медицинской помощи в реальных условиях так же не существует. Возможности оказания квалифицированной хирургической помощи при неотложных состояниях во многом ограничены из-за отсутствия аппаратуры и врачей, специалистов для проведения диагностического ультразвукового обследования и эндоскопического гемостаза при желудочно-кишечном кровотечении. Поэтому для обеспечения своевременной квалифицированной медицинской помощи, выполнения алгоритмов действий, предусмотренных национальными клиническими рекомендациями и максимально раннего начала лечения, особую актуальность приобретает экстренная консультативная помощь и медицинская эвакуация. Для обеспечения этих видов медицинской помощи, в структуре ГБУЗ «Челябинская областная клиническая больница» сформировано отделение экстренной и плановой консультативной медицинской помощи. Медицинская помощь специалистами-консультантами, привлеченными к выполнению заданий, оказывается круглосуточно, и включает в себя: 1. Проведение диагностических мероприятий. 2. Консультативная помощь, динамическое наблюдение с использованием телефонной связи. 3. Консультации с выездом на место нахождения пациента. 4. Телемедицинские консультации. 5. Эвакуация пациентов и пострадавших в соответствии с медицинскими показаниями в условиях специализированного автомобиля класса «С» специализированными реанимационными бригадами. Экстренная и планово-консультативная медицинская помощь населению районных центров Челябинской области оказывается в соответствии со стандартами оказания медицинской помощи по профилям (специальностям) и с учетом клинических рекомендаций (протоколов лечения). В составе отделения имеется 8 единиц специализированного автотранспорта, укомплектованных в соответствии с требованиями к классам санитарного автотранспорта. Самыми востребованными консультантами являются специалисты хирургического профиля и анестезиологи-реаниматологи. Объем дистанционной работы составляет до 6000 консультаций ежегодно и не имеет тенденции к уменьшению. Разработана и внедрена система телемедицинских консультаций в круглосуточном режиме. Ежемесячно проводится 25-30 телеконсультаций с районными медицинскими организациями. За 2016 год специалистами хирургических специальностей выполнено 412 выездов, выполнено 212 оперативных вмешательств (оперативная активность 57,8%). Структура выездной работы по хирургическому профилю представлена следующим образом: абдоминальная хирургия 42 выезда (оперативная активность 64,3%), гнойная хирургия 30 выездов (оперативная активность 80%), ангиохирургия 134 выезда (оперативная активность 77,6%), травматология 7 (оперативная активность 28,6%), нейрохирургия 33 выезда (оперативная активность 54,5%), оториноларингология 9 выездов (оперативная активность 44,4%), гинекология 7 выездов (оперативная активность 85,7%), урология 11 (оперативная активность 63,6%), торакальная хирургия 49 выездов (оперативная активность 38,8%), комбустиология осуществлено 38 выездов (оперативная активность 2,6%). Таким образом, региональные особенности оказания хирургической помощи обусловлены кадровым дефицитом врачей-хирургов в районных медицинских организациях, отсутствием диагностического оборудования или отсутствием специалистов по инструментальной диагностике. Координационную задачу по обеспечению своевременной маршрутизации пациентов хирургического профиля в специализированные отделения выполняет отделение экстренной и плановой консультативной медицинской помощи в структуре ГБУЗ «Челябинская областная клиническая больница».

163. ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ УРГЕНТНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ХИМИЧЕСКИХ ОЖОГОВ И ПОСТОЖОГОВОЙ СТРИКТУРЫ ПИЩЕВОДА

*Ефремов А.П.(1), Тарасов А.Н.(2), Дерябина Е.А.(1),
Абдрашитов Р.Р.(1), Базанов А.В.(1), Захаров В.А.(1)*

Челябинск

- 1) Челябинская областная клиническая больница
- 2) Южно-Уральский государственный медицинский университет

Актуальность. Количество отравлений агрессивными жидкостями не имеет тенденции к снижению. Выраженное эрозивное поражение слизистой оболочки пищевода и(или) желудка нередко осложняет развитие клинически значимого кровотечения или перфорации стенки органа. Тяжесть состояния больных существенно увеличивает присоединение острого почечного повреждения (ОПП). Выполнение бужирования предполагает риск перфорации пищевода. Возникновение осложнения у больных химическим ожогом и постожоговой стриктурой пищевода предполагает необходимость использования различных хирургических подходов, оптимизация которых требует дальнейшего уточнения. Материалы и методы. Проведен анализ результатов лечения 358 больных, поступавших в ЧОКБ с 2006 года по 2015 г., в разные сроки после ожога пищевода и желудка коррозионной жидкостью. Мужчин 183 (51%), женщины 175 (49%), средний возраст составил 43,5±1,4 года. 329 человек получили ожог кислотой (92%), 25 (7%) - щелочью, 4(1,8%) - суррогатами алкоголя. Ранние осложнения возникли у 36 (10%) пациентов: ОПП у 32 в т.ч. с развитием профузного кровотечения у 8, протяженный некроз и(или) перфорация стенки желудка – у 4. Для остановки кровотечения 6 пациентам выполнена гастротомия, тампонада желудка и этапное формирование гастростомы. Гастрэктомия с формированием эзофаго- и еюностомы выполнена у 2 больных с кровотечением и у 4 – с тотальным некрозом стенки желудка. В условиях ОРИТ проведен острый диализ по показаниям, гемостатическая, инфузионная, трансфузионная терапия. У 322 больных в раннем периоде после ожога (2-4 недели) осложнения не выявлены. Изолированная стриктура пищевода сформировалась у 303 (84%), комбинированная у 19 (6%) больных. Устранение стриктуры начинали с использования различных вариантов бужирования, до купирования дисфагии, после чего проводили повторные курсы планового бужирования в течение 2 лет. Для устранения комбинированной стриктуры пищевода и желудка использовали формирование обходного гастроэнтеро или гастродуоденоанастомоза, с последующим бужированием. Раннее бужирование осложнилось перфорацией в нижней трети пищевода у 3, и в шейном отделе у 1 больного. Для устранения осложнения использовали дренирование средостения через пищеводное отверстие диафрагмы у 3 пациентов, шейную медиастинотомию у одного. Питание проводили через зонд до заживления перфорации. При неэффективном бужировании дисфагию устраняли посредством загрудинной пластики пищевода ободочной кишкой. Результаты. Использование тампонады желудка позволило обеспечить надежный гемостаз с последующим восстановлением проходимости пищевода и целостности желудка у всех пациентов. Острый гемодиализ обеспечил успешное разрешение ОПП у 23 больных, 9(28,1%) из них переведены на плановый гемодиализ. Наружное дренирование средостения позволило успешно купировать медиастинит и устранить перфорацию пищевода. Проведение

бужирования восстановило проходимость пищевода у 318(98,8%) больных. Умерло 6 пациентов, которым была выполнена экстирпация желудка, что обусловлено тяжелой интоксикации, анемией и высокой травматичностью операции. Больные со стриктурами пищевода и желудка проходили курсы бужирования на протяжении 2 лет, затем эндоскопически наблюдались один раз в год. Обсуждение и выводы. При массивном эрозивном кровотечении из желудка, обусловленном химическим поражением, надежный хирургический гемостаз может быть обеспечен использованием формированием гастростомы и тампонады желудка. Ранняя диагностика перфорации пищевода, дренирование средостения и зондовое питание позволяют устранить такое осложнение без наложения гастростомы. Минимизация хирургической агрессии при лечении осложнений химических ожогов пищевода и желудка позволяет повысить эффективность лечения таких пациентов.

164.ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ КРОВОТЕЧЕНИЙ ПОРТАЛЬНОГО ГЕНЕЗА В МНОГОПРОФИЛЬНОМ СТАЦИОНАРЕ

Затевахин И.И., Цициашвили М.Ш., Шиповский В.Н., Монахов Д.В.

Москва

ФГБОУ ВО Российский национальный исследовательский медицинский университет
им. Н.И. Пирогова

Актуальность: Кровотечения при портальной гипертензии являются сложной проблемой в ургентной хирургии. Цель исследования: Разработать алгоритм диагностики и лечения при кровотечениях из варикозно-расширенных вен пищевода и желудка в условиях многопрофильного стационара Материалы и методы: Наш материал 1927 больных с портальной гипертензией, осложненной кровотечениям. Из них 324 пациента с состоявшимся кровотечением, 94 пациента с продолжающимся эпизодом геморрагии, и у 1643 больных была выявлена угроза первого эпизода кровотечения. Все вышеуказанные пациенты лечились в хирургической клинике, в состав которой входили отделения общей хирургии, эндоскопии, рентгенэндоваскулярных методов лечения, функциональная диагностика (УЗИ, КТ, МРТ) и терапевтическое отделение. При продолжающемся кровотечении из вен пищевода и желудка у 76 больных устанавливали зонд-обтуратор (гемостатический эффект 98.2%), а 18 больным в качестве экстренного метода гемостаза было выполнено эндоскопическое лигирование (эффективность гемостаза 83,1%). Операция Пациора выполнена у 2-х пациентов, которым не удалось добиться гемостаза с помощью зонда-обтуратора. Всем больным с угрозой кровотечения мы проводили эндоскопическое лигирование в плановом порядке. Группе больных с состоявшимся кровотечением после стабилизации состояния и оценки степени печеночной недостаточности был выполнен TIPS (трансъюгулярное внутривенное портосистемное шунтирование)- 167 (из них 9 в экстренном порядке). У

129 больных установлен голометаллический стент, у 38- стент-графт После операции TIPS все пациенты повторно госпитализировались в клинику для проведения гепатотропной терапии, дообследования и выполнения (по показаниям) эндоскопического лигирования вен пищевода через 3, 6, 12, 18 мес. Так же после выписки из нашей клиники все пациенты направлялись к трансплантологу для постановки в очередь на трансплантацию печени. Результаты Через 18 мес после операции были получены следующие результаты: у пациентов со стент-графтом не было выявлено признаков тромбоза стента. У 20.5% больных с голометаллическим стентом выявлен тромбоз, что у привело к рецидиву кровотечения у 16.6% больных. При тромбозе стента (голометаллический) выполнялись повторные эндоваскулярные вмешательства Применение сочетанной (эндоскопическое лигирование+TIPS+ консервативная терапия) тактики позволило добиться отсутствия рецидива кровотечения через 18 месяцев у 81.4% пациентов, а после выполнения повторных эндоваскулярных вмешательства- отсутствие рецидива кровотечения у 94.7% После применения малоинвазивных методов коррекции осложнений портальной гипертензии в сотрудничестве с трансплантологами было выполнено 44 ортотопических трансплантации печени Выводы: 1. В многопрофильном стационаре в качестве экстренного метода гемостаза предпочтительнее использовать зонд-обтуратор 2. После стабилизации состояния больного и оценки степени печеночно-клеточной недостаточности необходимо выполнять эндоскопическое лигирование вен пищевода. 3. При наличии варикозно-расширенных вен желудка возможности эндоскопического лигирования могут быть ограничены 3. При наличии отделения рентгенэндоваскулярной хирургии методом выбора для профилактики рецидива кровотечения у пациентов с циррозом печени класса В и С (Чайлд) является TIPS 4. Дальнейшее улучшение результатов лечения данной группы пациентов, на наш взгляд, связано с более широким распространением трансплантации печени в РФ.

165.ЦЕЛЕСООБРАЗНОСТЬ РУТИННОЙ ФГДС ПРИ НАЧАЛЕ АНТИКОАГУЛЯНТНОЙ ТЕРАПИИ

Щеглов Э.А (1). Алонцева Н.Н.(2), Филиппова Е.В.(2), Гуляева П.С. (1)

Петрозаводск

1) Петрозаводский госуниверситет, 2) ГБУЗ РК "БСМП"

Хирург, назначающий антикоагулянты пациенту с тромбозом глубоких вен (ТГВ), всегда стоит перед дилеммой оценки риска венозного тромбоэмболического осложнения (ВТЭО) и риска массивного кровотечения. Только соблюдение баланса между этими рисками позволяет врачу оказать пациенту необходимую помощь и не вызвать смертельное осложнение. Одним из частых видов кровотечений являются гастродуоденальные кровотечения (ГДК). Мы предлагаем включить в минимальный объем исследования таких пациентов фиброгастродуоденоскопию (ФГДС), которая должна выполняться по срочным показаниям в течение первых 6 часов с момента госпитализации пациента. С 01.01.2011 по 31.12.2016 года

в хирургическом отделении ГБУЗ РК «БСМП» г. Петрозаводска пролечено 1108 пациентов с диагнозом ТГВ нижних конечностей. Сразу после верификации диагноза ТГВ пациенту назначалась антикоагулянтная терапия. В течение 6 часов с момента обращения пациента, ему выполнялась ФГДС. Подавляющему большинству пациентов исследование выполнялось в течение 1-го часа в приемном покое. Основанием для переноса исследования на более поздние сроки являлся факт употребления пищи в течение последних 6 часов до момента обращения. В таких случаях исследование выполнялось после завершения 6-ти часового «голодного» промежутка. Другим основанием для отсроченного выполнения ФГДС было ухудшение течения сопутствующего заболевания, например, гипертонический криз, когда исследование выполнялось после снижения уровня артериального давления. Исследование было выполнено 1103 (99,6 %) пациентам. 5 (0,4 %) пациентов от исследования отказались, что было документально оформлено в истории болезни. Результаты и обсуждение. В результате выполнения ФГДС нами были получены следующие данные. Язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки в стадии обострения была выявлена у 97 (8,8%) пациентов. Острые язвы и эрозии слизистой желудка и 12-перстной кишки – у 323 (29,1%) пациентов. Полипы желудка – у 73 (6,7%) пациентов. Хронический гастрит вне обострения – у 293 (26,4%), с обострением – у 112 (10,1%) пациентов. Другие заболевания у 97 (8,8%) пациентов. Только у 113 (10,1%) пациентов при исследовании не было выявлено патологии пищевода, желудка и 12-перстной кишки. Это подтверждает факт распространенности патологии верхних отделов ЖКТ. Причем особенностораживает тот факт, что из 629 пациентов, у которых была выявлена острая или обострение хронической патологии верхних отделов ЖКТ, только 298 (47,3%) пациентов предъявляли характерные жалобы, позволяющие заподозрить такую патологию. У остальных патология ЖКТ протекала асимптомно либо малосимптомно. Всем пациентам, у которых была выявлена острая или обострение хронической патологии верхних отделов ЖКТ была назначена антисекреторная терапия препаратом из группы ингибиторов протоновой помпы с последующим выполнением контрольной ФГДС. В результате активной тактики, направленной на выявление сопутствующей патологии верхних отделов ЖКТ у пациентов с ТГВ и ее лечение, за три года не было отмечено ни одного случая клинически значимого ГДК. В одном случае было допущено отступление от вышеуказанной тактики. У пациента ТГВ возник во время нахождения в больнице по поводу скелетной травмы. В связи со сложностями транспортировки пациента на исследование, ФГДС ему выполнена не была, но и терапия омепразолом ему так же не назначалась. Пациент получал препарат из группы низкомолекулярных гепаринов в стандартной лечебной дозе, у него развилось ГДК из острой язвы желудка, закончившееся летальным исходом. Выводы. 1. Срочная фиброгастродуоденоскопия должна входить в протокол исследования пациентов, которым планируется антикоагулянтная терапия. 2. При выявлении острой или обострения хронической патологии необходимо назначить пациенту препарат из группы ингибиторов протоновой помпы. 3. Соблюдение данных правил может значительно снизить риск гастродуоденальных кровотечений у пациентов, получающих антикоагулянтную терапию по поводу тромбоза глубоких вен.

166. ПЕРВЫЙ ОПЫТ ЛАПАРОЭНДОСКОПИЧЕСКОГО РАНДЕВУ ПРИ ХОЛЕЦИСТОХОЛЕДОХОЛИТИАЗЕ

Прудков М.И. (1), Нишневич Е.В. (1,2), Мерсаидова К.И. (1,2), Тарасов Е.Е. (2)

Екатеринбург

1) Кафедра хирургических болезней ФПК и ПП ГБОУ ВПО «УГМУ»

2) МАУ «ГКБ №40»

Представлена оригинальная методика одномоментного хирургического лечения холецистохоледохолитиаза - лапароскопическая холецистэктомия с интраоперационной папиллосфинктеротомией («rendez-vous»). Методика состоит из четырёх последовательных этапов: 1. Лапароскопический этап: широкая препаровка пузырного протока и шейки желчного пузыря, для достижения мобильности пузырного протока. Особое внимание уделяем выпрямлению пузырного протока. После установки дополнительного порта проводим надсечение пузырного протока. 2. Этап рандеву: Вариант 1 – проведение струны через пузырный проток в ДПК с использованием специального катетера. Захват струны с помощью модифицированного эндоскопического бужа в просвете ДПК и проведение её через рабочий канал дуоденоскопа. Установка папиллотомы в БСДК по струне. Вариант 2 - проведение биопсийных щипцов через пузырный проток в ДПК. Захват и установка папиллотомы в БСДК с помощью биопсийных щипцов. 3. Эндоскопический этап: выполнение парциальной папиллотомии, литоэкстракция, установка назо-билиарного дренажа. 4. Лапароскопический этап: холецистэктомия и завершение операции по стандартной методике. Принципиальным отличием представленной методики от общепринятых является применение модифицированного эндоскопического бужа для захвата струны в просвете ДПК и специального катетера для проведения струны в просвет гепатикохоледоха. Результаты. Попытка выполнения методики предпринята у 19 пациентов с холецистохоледохолитиазом (5 мужчин, 14 женщин, в возрасте от 23 до 80 лет). В плановом порядке оперировано 10 больных, по неотложным показаниям - 9 пациентов. Холецистохоледохолитиаз был подтвержден данными КТ (3), МРТ (10), интраоперационной холангиографией (7). Методика реализована у 17 пациентов (эффективность 89%). Неудач отмечены в двух случаях. Причинами неудач послужили технические трудности при антеградном проведении инструмента через БСДК при наличии фиксированного конкремента в ампуле. У одного пациента в послеоперационном периоде отмечена гипербилиаземия до 800 Ед/л (4хN), без клиники острого панкреатита. ЭПСТ-ассоциированных осложнений не наблюдали. Средняя продолжительность стационарного лечения составила 6,9 койко-дней. Средняя продолжительность нетрудоспособности 14 дней. Заключение; Несмотря на небольшое количество наблюдений, методика лапароэндоскопического рандеву представляется нам более предпочтительной при холецистохоледохолитиазе по сравнению с двухэтапным методом лечения.

167. РАЗВИТИЕ ОСТРЫХ ПЕРФОРАТИВНЫХ ЯЗВ ТОНКОЙ КИШКИ РАННЕГО ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ПЕРИОДА НА ФОНЕ ОНКОЛОГИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА

Сингаевский А.Б., Врублевский Н.М., Несвит Е.М.

Санкт-Петербург

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

Актуальность: острые перфоративные язвы тонкой кишки, непрогнозируемо развивающиеся в раннем послеоперационном периоде, нередко приводит к неблагоприятному исходу. Больные с онкологическими заболеваниями, в связи с общим характером патологии и развитием различных паранеопластических процессов, представляют группу риска с точки зрения возможности данных осложнений раннего послеоперационного периода. Материал и методы: исследовались 64 случая пациентов, проходивших лечение в хирургических стационарах в период с 2012 по 2017 гг., чей ранний послеоперационный период осложнился развитием острых перфоративных язв тонкой кишки. Анализ проводился на основании клиничко-anamnestических и лабораторных данных. Полученные результаты: в группе преобладали женщины - 42 человека (65,6%), возраст пациентов составлял от 38 до 92 лет. В структуре первичного заболевания доминировали онкологические заболевания - у 56 (87,5%) пациентов первоначальная операция была связана со злокачественными новообразованиями брюшной полости различной локализации, причем значительное число госпитализаций - 52 (81,3%) носило экстренный характер, у 31 больного (48,4%) показанием явилось наличие острой кишечной непроходимости. Непосредственное развитие осложнения в виде перфорации тонкой кишки наблюдалось на 3-5 сутки после оперативного лечения, причем лишь у 3 пациентов (4,7%) перфорация носила единичный характер. У 61 пациента отмечались множественные острые язвы, как по их числу, так и по времени возникновения: в среднем отмечалось от 6 до 16 перфораций, что потребовало неоднократного выполнения релапаротомий (от 1 до 14). У всех пациентов отмечалась значительная гипоальбуминемия: в среднем уровень альбумина составлял $22,0 \pm 0,4$ г/л (от 14 до 29 г/л), не корригируемая на фоне тяжести состояния и развитии тяжелого сепсиса нутритивной терапией. В данной группе больных отмечался крайне высокий уровень летальности - 54 пациента (84,4%) Заключение: больные с онкологическими заболеваниями составляют особую группу риска с точки зрения развития послеоперационных осложнений. Острые перфоративные язвы тонкой кишки, возникающие в раннем послеоперационном периоде на фоне низких регенераторных возможностей, обусловленных опухолевой интоксикацией и развитием различных паранеопластических процессов, отличаются непредсказуемостью возникновения, тяжелым течением и высокой летальностью.

168.ЭТАПНОСТЬ ОКАЗАНИЯ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ С ПОВРЕЖДЕНИЯМИ СОСУДОВ

Борисов В.А., Красовский В.В., Фролов А.А, Мазуренко Е.А.

Саратов

ФГБОУ ВО «Саратовский государственный медицинский университет им. В. И. Разумовского», ГУЗ «Областная клиническая больница»

Данные современной литературы свидетельствуют о значительном увеличении числа травм магистральных кровеносных сосудов, которые в общей структуре травматизма достигают 7%. Оказание специализированной помощи больным с повреждениями сосудов актуальная проблема современной хирургии. Несмотря на прогресс в неотложной ангиохирургии, унифицированного алгоритма оказания помощи пациентам с различными поражениями сосудов на сегодняшний день нет и многие вопросы далеки от решения. Материал и методы исследования: С 2013 по 2016 гг. нами отмечены 42 случая травматических повреждений сосудов. Из них мужчин - 31, женщин -11. Большинство пострадавших оперированы в специализированном отделении сосудистой хирургии - 35, а 7 – на выезде специалиста в другие стационары. По механизму повреждения распределение было следующим: колото-резаные ранения – 24, ятрогенные повреждения сосудов – 11 (из них при открытых операциях – 6, при эндоваскулярных – 5). Особо нами выделены пострадавшие, у которых имело место еще и повреждения костного аппарата, что отмечено в 7 случаях (4- ДТП, 3 - производственная травма). Результаты и обсуждения: Все наблюдения разделены на 3 группы: повреждение артерий -24 (I группа), повреждение вен – 11 (II группа), одновременное повреждение артерий и вен – 7 (III группа). В I группе: колото-резаный механизм в 11 случаях, ятрогенные повреждения в 7, сочетанные повреждения с переломом костей в 6 случаях. Во II группе: колото-резаные ранения – 7, ятрогенные - 4. Характеризуя III группу наблюдений, отмечено, что данные пациенты были наиболее сложными из-за массивности повреждения мягких тканей и костей, явившихся причинами технических трудностей при выполнении оперативного пособия. В эту группу вошли пострадавшие с переломами костей – 7, колото-резаные ранения – 6. Время от момента получения травмы сосудов до оказания специализированной помощи составляло не более 4 часов, что особенно учитывалось при оказании оперативного пособия пациентам I и III группы. Оценивая оперативные вмешательства, следует отметить, что чаще выполнялось лигирование сосудов - 12 (артерий - 5, вен – 7). В 10 случаях с повреждением артерий выполнено протезирование (аутовенозный трансплантат использован в 9 случаях, синтетический протез в 1). Протезирование венозных сосудов не выполнялось. Сосудистый шов был использован у 15 пострадавших (артерий – 9, вен – 6). Ранения артерий и вен с полным пересечением сосуда удалось восстановить кровотоком наложением циркулярного сосудистого шва без применения аутовенозного трансплантата в 4 случаях. Нами отмечены 8(18,6%) случаев осложнения оперативных пособий: нагноения послеоперационных ран -4, арозивные кровотечения -2, повлекшие за собой ампутацию нижней конечности, тромбоз протеза -3 (в двух - аутовенозный трансплантат, в одном – синтетический протез). Летальный исход - у 3(7%) пострадавших, что связано с массивностью травм, а также поздними сроками выполнения оперативных пособий. При оказании специализированной помощи больным на месте нами отмечено, что

количество ранних и поздних осложнений в послеоперационном периоде было меньше, а непосредственные результаты оперативного вмешательства лучше. Выводы и рекомендации: 1. Оказание специализированной медицинской помощи пациентам с повреждениями различных сосудов должно быть этапным, с учётом тяжести состояния пострадавшего, характера и объема повреждения, времени прошедшего с момента получения травмы. 2. Улучшение результатов ангиохирургической помощи возможно при использовании различных методов оперативного пособия в сочетании с адекватной интенсивной терапией, а также грамотным ведением послеоперационного периода. 3. Уменьшение летальности и инвалидизации, среди пострадавших с повреждением магистральных сосудов, должно быть достигнуто за счёт действия принципа максимального и своевременного приближения специалиста к больному.

**169. ПЕРВЫЙ ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ МЕТОДИКИ ЛЕЧЕНИЯ
ОТРИЦАТЕЛЬНЫМ ДАВЛЕНИЕМ ПАЦИЕНТОВ ОСТРЫМ ПАНКРЕАТИТОМ
ТЯЖЕЛОЙ СТЕПЕНИ В I А ФАЗЕ**

Нишневич Е.В., Плаксин К.В., Багин В.А., Галимова А.И.

Екатеринбург

МАУ ГКБ № 40

Ранний пик летальности при остром тяжелом панкреатите приходится на I А фазу заболевания – 50-60%. В настоящее время не существует общепринятых эффективных методов лечения, позволяющих воздействовать на патогенез острого панкреатита. Целью исследования является разработка метода хирургического лечения с использованием отрицательного давления - NPWT. Материалы и методы. С марта 2016 г по ноябрь 2017 г в МАУ ГКБ № 40 г. Екатеринбурга 10 пациентам применена технология лечения, с использованием системы лечения ран отрицательным давлением. Показания к применению методики: наличие у пациента панкреатита тяжелой степени, I А фазы заболевания и наличие парапанкреатита: распространенный ферментативный перитонит, наличие жидкостных скоплений в забрюшинной клетчатке, наличие признаков скопления жидкости в сальниковой сумке. Для определения показаний учитывали данные УЗИ, КТ и интраоперационной картины. В исследованной когорте пациентов средний возраст составил 52(44;65) лет (здесь и далее непрерывные данные представлены в виде Me(Q1;Q3), где Me – медиана, Q1 и Q3 – соответственно верхний и нижний квартили). В числе пациентов – 6 мужчин и 4 женщины. По этиологии: алкогольной – 5 пациентов, билиарной – 5 пациентов. У всех пациентов при поступлении была клиника панкреатита тяжелой степени. Исходно пациенты имели следующие средние показатели по APACHE II – 12(11;13), по SAPS II – 22(19;26). ССВР был диагностирован у всех больных. Оценку тяжести общего состояния проводили согласно шкалы APACHE-II, а наличия органной дисфункции и её тяжести по шкале SOFA. Все пациенты

получали комплексную терапию панкреатита согласно национальных клинических рекомендаций. Использовали систему лечения ран отрицательным давлением фирмы Hartmann. Пациентам выполняли лапароскопическое дренирование брюшной полости трубчатыми дренажами, трансректальную минилапаротомию, оментобурсостомию, ревизию сальниковой сумки. Для дренирования парапанкреатической клетчатки моделировали и использовали три дренажа, состоящих из полосок гидрофобной полиуретановой губки, обёрнутых специальной микроперфорированной пленкой. Дренажи устанавливали в парапанкреатическую клетчатку в проекции головки поджелудочной железы, по передней поверхности тела к хвосту поджелудочной железы и к нижнему краю тела поджелудочной железы после рассечения париетальной брюшины. Дренажи выводили в бурсостомическую рану до уровня кожи, на рану накладывали герметизирующую пленку и через соединительный порт подключали вакуум-аппарат VivanoTec, с заданным, постоянным уровнем отрицательного давления – 80 мм рт. ст. В последующем всем пациентам выполняли плановые этапные бурсооментоскопии через 48-72 часа, на которых определяли дальнейшую хирургическую тактику – прекращение или продолжение лечения отрицательным давлением. Результаты и обсуждение. У 7 из 10 пациентов был получен регресс полиорганной недостаточности В течение 4-х суток средний бал по шкале SOFA снизился с 4(4;4,75) до 2(1,5;4), уровень амилазы перитониального экссудата с 15000(6200;20188) ед/л до 1758(1212;2866) ед/л. Персистирование органной дисфункции более 48 часов отмечено у 7(70%) пациентов. Средняя длительность госпитализации у выживших пациентов составила 14(7;18) суток, а длительность пребывания в ОРИТ 6(3;10) суток. Летальный исход зарегистрирован у 4-х пациентов, причем, в IA фазу был 1 летальный исход, у 2-х пациентов в IB фазу и один летальный исход во II фазу. В одном случае причиной смерти был инфаркт миокарда, в другом, массивная ТЭЛА. Острый панкреатит был непосредственной причиной смерти у 2-х пациенток 74 и 76 лет с выраженной соматической патологией и тотальным некрозом поджелудочной железы. Заключение. Данную методику считаем одним из немногих вариантов безопасного, малоинвазивного хирургического воздействия на патогенез в I A фазе панкреатита. Для получения объективных результатов об эффективности технологии требуется проведение проспективного контролируемого исследования.

170. ВРОЖДЕННАЯ ПАТОЛОГИЯ СЕРДЦА У ДЕТЕЙ САРАТОВСКОЙ ОБЛАСТИ: РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ, СТРУКТУРА И ЛЕЧЕНИЕ

Козлов В.В., Гнилосоыр П.А, Хмара М.Б., Горохов С.В., Самарина Д.В.

Саратов

ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В. И. Разумовского Минздрава РФ

Большая распространённость врождённых пороков развития, их тяжелое течение, неблагоприятный исход, приводящий к увеличению детской смертности и инвалидности, делают эту проблему актуальной в современной медицине. Задачи. Разработка комплекса мероприятий, направленных на профилактику врожденных пороков сердца и лечение критических состояний, ими обусловленных. Методы исследования. Нами были проанализированы статистические показатели консультативного приема детского кардиолога ГУЗ «ОКХЦ», а также данные областного комитета статистики за 2011 – 2012 гг. Результаты. По Саратовской области за 2012 год зарегистрировано 201 случай смерти детей до 1 года (это на 28.8% больше 2011 года — 156 детей - 5,8 ‰). Показатель составил 7,2 ‰ (по РФ 8,7 ‰). Структура младенческой смертности по нозологии: 1 место - Отдельные состояния, возникающие в перинатальном периоде. Число детей: 91. Удельный вес: 45,3%. 2 место - Врожденные пороки развития. Число детей: 60. Удельный вес: 29,8%. 3 место – Прочие. Число детей: 24. Удельный вес: 11,9%. Таким образом, врожденные пороки развития занимают 2 место в структуре младенческой смертности (60 детей - 29,8 ‰). При анализе смертности детей от врожденных пороков развития установлено, что в 42 % случаев причиной смерти детей явились врожденные пороки сердечно-сосудистой системы (25 детей + 19 детей имели ВПС как сопутствующая патология). Статистические показатели работы детских коек ГУЗ «ОКХЦ»: за 2009 г.: прооперировано всего – 30. Операций в условиях АИК – 22. Операций без АИК – 8. Послеоперационная летальность – 0. За 2010 г.: прооперировано всего – 52. Операций в условиях АИК – 43. Операций без АИК – 9. Из них – рентгенохирургических – 7. Послеоперационная летальность – 0. За 2011 г.: прооперировано всего – 80. Операций в условиях АИК – 30. Операций без АИК – 50. Из них – Имплантация ЭКС – 7. Их них – рентгенохирургических – 37. Послеоперационная летальность – 0. За 2012 г.: прооперировано всего – 82. Операций в условиях АИК – 26. Операций без АИК – 56. Из них – Имплантация ЭКС – 2. Их них – рентгенохирургических – 53. Послеоперационная летальность – 1. Выводы. 1. Снижение численности населения выдвигает на первое место проблему обеспечения условий, необходимых для рождения и воспитания здорового поколения. 2. В задачи Областного кардиохирургического центра входит формирование системы оказания ВМП в регионе, включая все ее этапы: это и выявление, лечение, реабилитация, динамическое наблюдение, формирование потоков больных, нуждающихся в хирургическом лечении в ОКХЦ и ФЦ ССХ. 3. При анализе работы детской кардиологической службы можно констатировать низкий уровень выявляемости врожденных пороков сердца у детей в Саратовской области. 4. В целях улучшения качества оказания кардиологической и кардиохирургической помощи детям, необходимо обеспечить направление детей с врожденными пороками сердца в кардиохирургические центры.

171. АНАЛИЗ ПРИЧИН ЛЕТАЛЬНОСТИ ПРИ ПАНКРЕОНЕКРОЗЕ

Хмара М.Б., Козлов В.В., Гнилосоьр П.А., Горохов С.В., Самарина Д.В.

Саратов

ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава РФ

Кафедра госпитальной хирургии лечебного факультета обладает значительным опытом лечения больных с острым панкреатитом. За последние пять лет (2012 – 2016 г.) в клинику поступило 1034 больных с диагнозом «острый панкреатит». Значительная часть из них (118 пациентов) - с деструктивными формами. Тип и форма панкреонекроза предопределяли характер осложнений, причины смерти и сроки ее наступления. При анализе осложнений и причин смерти умершие были разделены на 2 группы: в первую группу вошли умершие в первые 7 суток от начала заболевания (ранняя смерть), они составили 42%; во вторую — умершие в более поздние сроки (поздняя смерть), они составили 58 %. Сроки наступления смерти зависели от комплекса осложнений — ранних токсемических и поздних некротических. Анализ причин смерти показал, что у умерших в ранние сроки заболевания в 85% случаев основной причиной смерти явился панкреатогенный шок и его осложнения. В первые 3 суток от начала заболевания первичная ферментная агрессия приводит к сердечно-сосудистой и легочной недостаточности, а на 3-7-е сутки присоединяется эндогенная интоксикация в результате резорбции некротических тканей, что способствует прогрессированию печеночно-почечной недостаточности и нарушению функций головного мозга. Для группы умерших в поздние сроки характерны разнообразные гнойно-некротические осложнения: местные, абдоминальные и торако-абдоминальные. К местным осложнениям относятся очаговые и субтотальные некрозы железы и забрюшинной клетчатки (26%), абсцессы различной локализации (41%). В поздние сроки заболевания (свыше 7 суток) умерло 33% больных с панкреонекрозом основными причинами смерти были различные гнойные осложнения. Так, гнойная интоксикация, обусловленная локальными (железа и забрюшинная клетчатка) гнойными осложнениями в комбинации с анемией, печеночно-почечной недостаточностью, легочно-сердечной недостаточностью, стала причиной смерти более 50% больных. Таким образом, гнойные осложнения приводят к смерти в сроки до 30 суток и более. В раннем периоде (до 5 суток) причиной смерти в основном является ферментная токсемия, сердечно-легочная, печеночно-почечная недостаточность, нарушения кровообращения в миокарде и головном мозге. Это определяет выбор лечебных мероприятий в стадии токсемии и гнойных осложнений: в стадии токсемии — реанимационные и дезинтоксикационные мероприятия; в стадии гнойных осложнений на первом месте стоит ликвидация гнойных полостей.

172.ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА У ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

Максимова К.И., Засорин А.А.

Екатеринбург

НУЗ Дорожная больница на ст.Свердловск-Пассажирский ОАО РЖД

Введение и актуальность: клинические наблюдения за развитием и течением болезней у людей старших возрастных групп свидетельствуют о том, что общепринятые стандарты диагностики многих болезней неприменимы в гериатрической практике: диагностика и терапия у людей старшего возраста, требует иных подходов, чем у людей более молодого возраста. Возрастные изменения структуры и функции органов и систем, своеобразие нейрогуморальной регуляции в значительной мере определяют особенности реакции старческого организма на фармакологические воздействия (количественно и качественно иные реакции, парадоксальные эффекты, увеличение числа индивидуальных реакций, осложнений и побочного действия), поэтому необходимо знание гериатрической фармакологии. Реабилитация и восстановительная терапия в хирургической гериатрической практике - особенно сложный процесс. Можно выделить некоторые аспекты, характерные для больных гериатрического профиля. Инволюционные изменения органов и тканей, нарушение гормонального профиля, возрастные патологические процессы способствуют формированию полимирбидности: как правило, больному старше 60 лет, прошедшему обычное амбулаторное обследование, ставится не менее трех диагнозов. При обследовании лиц пожилого и старческого возраста чаще наблюдаются диагностические ошибки, нередко это связано с изменением личности больного, его неправильным восприятием появившихся симптомов болезни, которые нередко воспринимаются как проявление старости. Процесс старения сопровождается появлением новых качеств, направленных на сохранение компенсаторных механизмов, однако они не в состоянии поддерживать процессы адаптации. Для пожилого человека характерно медленное нарастание патологических процессов: возраст часто является фоном, облегчающим развитие новых заболеваний. По данным Российского центра информационных технологий и эпидемиологических исследований в области онкологии на 2013 год в России абсолютное число впервые выявленного рака колоректальной области возросло с 59470 в 2011 году до 61142 в 2013 году, что составляет 24,3% и 24,4% соответственно от общего числа впервые зарегистрированных новообразований [1]. Обращает на себя внимание тот факт, что пациенты с КРР преимущественно представители старших возрастных групп (средний возраст пациентов 65+3 лет) и число больных пожилого и старческого возраста имеет тенденцию к неуклонному росту. По мнению В.В. Фролькиса причиной преобладания гериатрического сектора больных в онкологии над пациентами более молодого возраста связано, прежде всего, с инволюционными изменениями иммунной системы. Это проявляется, прежде всего, формированием физиологического старческого иммунодефицита и, как следствие, формирование различных иммунопатологических состояний (аллергического, аутоиммунного, инфекционного, опухолевого) [2]. Пожилой возраст пациентов во многом определяет и позднюю обращаемость. Не менее 66,3% больных доставляются в стационар позже 24 часов от начала заболевания [3,4]. В результате этого более половины из них

госпитализируется в тяжелом состоянии. Отягощенность сопутствующей патологией среди гериатрических больных, страдающих колоректальным раком, приближается к 100% [5,6,7].

Материалы и методы: в НУЗ Дорожная больница на станции Свердловск-Пассажирский ОАО РЖД в период с 2011 по 2017 год находилось на лечении 99 пациентов пожилого и старческого возраста с диагнозом колоректальный рак. Все больные были госпитализированы в неотложном порядке с явлениями кишечной непроходимости. Возраст поступивших пациентов колебался от 60 до 88 лет. Средний возраст больных составил 72,6 года. Распределение больных по возрастным группам производилось с учетом классификации ВОЗ (доклад экспертов Европейского регионального бюро ООН от 1980 года), согласно которой возраст от 60 до 74 лет рассматривается как пожилой, 75 лет и старше - старческий, и 90 лет и старше - как долгожители. Распределение больных в зависимости от локализации онкологического процесса. Правая половина ободочной кишки – 42 (% - 42,4), поперечно-ободочная кишка – 5 (% 5,05), левая половина ободочной кишки – 5 (% 5,05), сигмовидная кишка – 29 (% 29,3), ректосигмоидный отдел – 4 (% 4,04), прямая кишка – 14 (% 14,14). Из поступивших 99 больных все были оперированы. В структуре фоновых заболеваний у пациентов пожилого и старческого возраста наиболее часто встречается облитерирующий атеросклероз (заболеваемость у лиц, старше 60 лет, составляет более 60 %), являющийся причиной формирования такого заболевания, как хроническая абдоминальная ишемия (ХАИ). Исследование, проведенное на базе медицинского университета города Лахор, Пакистан, показывает, что поражение нижней брыжеечной артерии при полисегментарном атеросклерозе составляет 96% (29 случаев из 30), что является непосредственной причиной ишемии толстого кишечника. Данное исследование подтверждают и Российские публикации. Так, при доплерографии нижней брыжеечной артерии (НБА) при хронической ишемии толстого кишечника (СГМУ, 2003г.), стенозы НБА диагностировались в 62%, а окклюзия в 27% случаев. ХАИ - патологическое состояние, характеризующееся хроническим нарушением висцерального кровообращения вследствие поражения или сдавливания непарных висцеральных ветвей брюшной аорты (БА), со временем приводящее к морфологическим изменениям и функциональным нарушениям органов пищеварения [8]. В условиях неотложной хирургии при необходимости выполнения резекции участка кишки, недостаточность кровоснабжения предполагаемой зоны анастомоза может привести к развитию к его несостоятельности. Клинические проявления колоректального рака у пациентов старших возрастных групп характеризуется медленным нарастанием патологических процессов, стертой клинической картины, которая на фоне выраженной полиморбидности и изменений личности больного (вновь появившиеся симптомы воспринимаются как проявление старости) затрудняет постановку диагноза и приводит к более позднему обращению за квалифицированной медицинской помощью, что ухудшает результаты лечения. Можно выделить некоторые принципы гериатрической онкохирургии.

- Повышенный операционный риск, связанный со снижением адаптационных механизмов у лиц пожилого и старческого возраста.
- Неблагоприятный фон, при котором развивается хирургическое заболевание: наличие сопутствующих заболеваний, сопровождающихся серьезными нарушениями функции жизненно важных систем (сердечно-сосудистой, дыхательной и др.)
- Наличие особого психологического состояния, которые включает в себя повышенную тревогу за исход заболевания и предстоящего оперативного вмешательства. Стремление больного отказаться от показанной операции нередко находит сочувствие у его врача, вследствие чего операции приходится выполнять в поздние сроки и в запущенных

случаях. По данным Михайлова А.П. и соавторов количество паллиативных вмешательств (выведение колостомы) остается стабильно высоким в группе пациентов пожилого и старческого возраста и достигает 48%, в то время как количество паллиативных операций среди остальных пациентов постоянно снижается и настоящий момент составляет 25% от всех оперативных вмешательств, произведенных по поводу колоректального рака [9]. Выводы: анализируя полученные результаты, мы пришли к выводу, что предоперационная оценка тяжести сопутствующей патологии (в частности наличия стеноза верхней и нижней брыжеечной артерии по данным КТ-ангиографии в сочетании с клиническими признаками наличия ХАИ) позволяет оценить степень риска развития несостоятельности межкишечного анастомоза при выполнении радикальных оперативных вмешательств при колоректальном раке у пациентов пожилого и старческого возраста.

173.О НЕОБХОДИМОСТИ ПЕРЕОСМЫСЛЕНИЯ ОПЕРАТИВНОЙ ТАКТИКИ ПРИ ОСТРОМ ПАНКРЕАТИТЕ В МАССОВОМ ХИРУРГИЧЕСКОМ СОЗНАНИИ

Демин Д.Б., Солодов Ю.Ю., Фуныгин М.С., Соболев Ю.А., Гусев Н.С.

Оренбург

Оренбургский государственный медицинский университет,
ГАУЗ «ГКБ им. Н.И.Пирогова г. Оренбурга»

Введение. Принятие в 2014 г. Российских клинических рекомендаций по лечению острого панкреатита (ОП), казалось бы, должно было расставить точки над *i*, однако до сего дня нет единства в понимании подходов к лечению, особенно хирургическому, данной патологии. Нами на протяжении многих лет выполняются хирургические вмешательства при панкреонекрозе с применением всего известного на сегодняшний день арсенала методов малоинвазивной хирургии (эндохирургия, минидоступ, пункционные вмешательства под УЗ-навигацией), что позволило оценить не только достоинства этих методик, но и их недостатки, а также сформулировать новый хирургический подход. Цель работы – оценка результатов лечения острого панкреатита с учетом оптимизации хирургической тактики. Материал, методы и результаты. Проведен анализ результатов лечения всех 197 пациентов, поступивших с 2011 г. в нашу клинику с ОП, которым потребовались хирургические пособия (8,5 % от общего числа больных с ОП). Лечение пациентов проводилась в строгом соответствии с вышеназванными рекомендациями, включая продленный эпидуральный блок, энтеральную зондовую нутритивную поддержку, эффективную блокаду секреции и т.д. Обязательно применяли в динамике КТ и УЗИ для оценки объема и архитектоники зон деструкции и выбора оптимальной точки доступа, что является важнейшим компонентом предоперационного планирования, определяющим эффективность малоинвазивной технологии. Установкой клиники является этапный малоинвазивный подход в хирургическом лечении панкреонекроза. Широкую лапаротомию как первичную операцию считаем ошибочным

мероприятием как в раннюю фазу, так и в фазу секвестрации. Открытые вмешательства при инфицированном панкреонекрозе считаем альтернативными и применяем лишь при неэффективности малоинвазивных методов дренирования. При выявлении билиарной природы ОП как можно быстрее выполняем эндоскопическую папиллосфинктеротомию для декомпрессии панкреатического тракта. Показанием к лапароскопическому вмешательству считаем наличие выпота в брюшной полости с перитонеальной клиникой. Объем вмешательства – только дренирование брюшной полости. В процессе набора клинического опыта мы отказались от холецистостомии и дренирования сальниковой сумки, как от ненужных мероприятий, пролонгирующих время вмешательства. Пункционно-дренирующие вмешательства под УЗ-навигацией применяем только при жидкостных скоплениях, не содержащих секвестров. Проблема секвестров привела нас к разработке и внедрению в клиническую практику методики минилапаротомного доступа под интраоперационной УЗ-навигацией, позволяющей одновременно удалять не только жидкую часть, но и тканевой детрит, что показало более высокую эффективность по сравнению с длительно применявшимся нами пункционным дренированием под контролем ультразвука. Если после пункционных вмешательств примерно в 30% случаев приходится выполнять повторные операции, в том числе открытые, направленные на удаление секвестров, то при применении вышеназванной методики ни в одном случае не потребовалось расширение доступа. Минимальная инвазивность доступа позволила избежать раневых осложнений, являющихся частыми при открытых вмешательствах. Метод сочетает в себе достоинства пункционного вмешательства (малая травматичность) и открытой операции (возможность полноценной секвестрэктомии) и лишен их недостатков. С момента внедрения в клиническую практику всех современных методов интенсивной терапии и этапного малоинвазивного подхода с интраоперационной навигацией открытые операции при панкреонекрозе сведены к минимуму, а послеоперационная летальность при данном заболевании в клинике снизилась с 27% до 10%, то есть почти в 3 раза. Мы оптимизировали свое хирургическое сознание при остром панкреатите, чего и желаем всем коллегам-хирургам.

174. ПЕРВЫЙ ОПЫТ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ РЕЗЕКЦИЙ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В ОБЩЕХИРУРГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Демин Д.Б., Савин Д.В., Фуныгин М.С.

Оренбург

Оренбургский государственный медицинский университет,
ГАУЗ ГКБ им. Н.И.Пирогова г. Оренбурга

Актуальность проблемы. Широкое внедрение в повседневную клиническую практику современных методов неинвазивной визуализации обусловило увеличение количества больных с диагностированными объемными образованиями органов брюшной полости и

забрюшинного пространства, в том числе поджелудочной железы. Данная группа пациентов попадает в сферу деятельности общехирургических стационаров. Оперативные вмешательства на поджелудочной железе традиционно считаются технически трудными в связи со сложностью этой анатомической зоны и «хрупкостью» оперируемого органа. В рамках внедряемой нами концепции минимизации операционной травмы мы начали выполнять резекционные вмешательства на поджелудочной железе лапароскопическим доступом. Данный вид оперативных вмешательств является высокотехнологичным. Цель работы: оценить эффективность лапароскопических резекций поджелудочной железы. Материал и методы. В 2015-2016 г.г. в клинике кафедры факультетской хирургии ОрГМУ на базе ГАУЗ ГКБ им. Н.И.Пирогова г. Оренбурга нами выполнены лапароскопическим доступом дистальные резекции поджелудочной железы у 5 пациентов. В процессе вмешательств мы применяли энергетические установки ультразвуковой диссекции и биполярной коагуляции, для пересечения железы в ряде случаев использовали линейные сшивающие аппараты. Результаты и обсуждение. Все больные госпитализированы в плановом порядке после стандартного обследования, включающего в обязательном порядке КТ-исследование. У 3 пациентов были серозные цистаденомы хвоста поджелудочной железы от 4 до 10 см в диаметре, у 1 пациента солидное образование (аденома по послеоперационному гистологическому заключению) той же локализации диаметром 3 см, у 1 пациента большая аневризма дистальной трети селезеночной артерии. Всем пациентам периоперационно и в послеоперационном периоде вводили октреотид и омепразол с целью профилактики острого панкреатита. В 3 случаях выполнена дистальная панкреатэктомия с сохранением селезенки, в том числе в 2 случаях были сохранены селезеночные сосуды за счет щадящей диссекции, в 1 случае селезеночные сосуды были резецированы вместе с тканью железы и цистаденомой, однако кровоснабжение селезенки сохранилось за счет системы коротких сосудов, что позволило избежать спленэктомии. В 2 случаях произведена типичная дистальная панкреатоспленэктомия. В 2 случаях тело железы было пересечено линейным сшивающим аппаратом, в 3 случаях – ультразвуковым диссектором, причем срез главного панкреатического протока не был визуализирован в массе ткани железы. Традиционно считается целесообразной именно механическая герметизация среза Вирсунгова протока, а пересечение при помощи энергии создает риск возникновения панкреатической фистулы, однако в наших случаях зона резекции поджелудочной железы осталась герметичной. Конверсия осуществлена в 1 случае в связи с возникновением неконтролируемого лапароскопическими приемами кровотечения из селезеночной вены. У двух пациентов в раннем послеоперационном периоде развился острый панкреатит с формированием парапанкреатических жидкостных скоплений (панкреонекроз), что потребовало дополнительной хирургической агрессии. В одном случае произведено пункционное дренирование жидкостного образования под интраоперационной УЗ-навигацией, в другом случае выполнено дренирование аналогичного образования из минилапаротомного доступа также под интраоперационным УЗ-контролем. Лечение этих пациентов проводилось в соответствии с национальными клиническими рекомендациями по лечению острого панкреатита. У остальных пациентов послеоперационный период гладкий. Во всех случаях пациенты выздоровели, они находятся под нашим наблюдением. Таким образом, наличие необходимых мануальных навыков и современной аппаратуры обеспечивает эффективность и безопасность резекционной лапароскопической хирургии поджелудочной железы и открывает перспективы для расширения объема вмешательств у данной категории больных.

175. ОПЫТ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ХИРУРГИИ ЭХИНОКОККОЗА ПЕЧЕНИ В ОБЩЕХИРУРГИЧЕСКОМ СТАЦИОНАРЕ

Демин Д.Б., Савин Д.В., Фуныгин М.С.

Оренбург

Оренбургский государственный медицинский университет,
ГАУЗ ГКБ им. Н.И.Пирогова г. Оренбурга

Актуальность проблемы. В структуре выявляемых объемных образований печени эхинококкоз является нередкой патологией. Оперативные вмешательства при данном заболевании в большинстве общехирургических стационаров традиционно выполняются лапаротомно. В целях минимизации операционной травмы за счет снижения агрессии доступа мы начали выполнять вмешательства при эхинококкозе печени лапароскопическим доступом. Цель работы: оценить эффективность лапароскопических вмешательств при эхинококкозе печени. Материал и методы. В 2014-2017 г.г. в клинике факультетской хирургии ОрГМУ на базе ГКБ им. Н.И.Пирогова Оренбурга нами выполнены лапароскопическим доступом резекции печени у 50 пациентов, из них у 15 больных имел место эхинококкоз печени. Все больные оперированы в плановом порядке. Результаты. Нами выполнены резекции печени у 10 пациентов, в том числе в 7 случаях при обызвествленном и в 6 случаях при живом эхинококке, в 2 случаях сделана эхинококкэктомия при живом эхинококке. Методики резекционных вмешательств: в 7 случаях атипичная сегментарная резекция, в 5 случаях выполнена резекция левого латерального сектора, в 2 случаях – резекция правого латерального сектора. Средний размер образований составлял 4-7 см. Расположение – передние и боковые локализации (S II-VI). В одном случае имели место 2 кисты диаметром по 10 см в S VI – S VII по типу песочных часов, в остальных случаях образования были солитарными. В одном случае пациенту выполнена резекция печени по поводу рецидивного эхинококка одной локализации (S IV), до этого дважды оперированного лапаротомным доступом. В процессе вмешательств мы применяли ультразвуковую диссекцию и биполярную коагуляцию. При необходимости дополнительного гемостаза применяли монополярную коагуляцию шаровым электродом, аппликацию тахокомба. При выявлении по линии резекции крупных трубчатых структур осуществляли их дополнительное прошивание и лигирование ручным интракорпоральным узловым швом. Открытая эхинококкэктомия при живой эхинококковой кисте (в одном случае S III, в другом S V-VI) произведена по методике, аналогичной открытым вмешательствам: предварительное отграничение зоны вмешательства салфетками с формалином, пункция кисты, аспирация жидкости, введение спирта, экспозиция 5 минут, вскрытие кисты, удаление в контейнер оболочек и дочерних кист, обработка полости формалином, максимальное иссечение фиброзной капсулы с прилежащими участками печени для минимизации размеров остаточной полости. Выбор методики эхинококкэктомии, а не резекции печени был обусловлен выявленным при компьютерной томографии интимным прилеганием к фиброзным оболочкам магистральных трубчатых структур и передней локализацией кист, что минимизировало проблему остаточной полости. Конверсий и осложнений не было. Летальных исходов не было. В одном случае после резекции печени имело место скудное желчеистечение по страховому дренажу, которое самостоятельно прекратилось на 5 сутки. Дренажи удаляли на 3-5 сутки. Все

пациенты выписаны на 7-8 сутки после операции, находятся под нашим наблюдением, рецидива эхинококкоза не выявлено. Ни в одном случае остаточных полостей не было. Таким образом, наличие необходимых мануальных навыков и современной аппаратуры обеспечивает эффективность и безопасность лапароскопических технологий в хирургии эхинококкоза печени, что свидетельствует о необходимости широкого внедрения этой методики вмешательства при данной патологии. Кроме того, следует отдавать предпочтение резекционным методам вмешательств, минимизирующим образование остаточных полостей и рецидив заболевания.

176.ОРГАНИЗАЦИЯ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ С ПОВРЕЖДЕНИЯМИ ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ В СВЕРДЛОВСКОЙ ОБЛАСТИ

Прудков М.И., Орлов О.Г., Кобернюк А.В., Цой Д.Л.

Екатеринбург

Свердловская областная клиническая больница №1

Проблема ятрогенных повреждений магистральных желчных протоков после внедрения минимально инвазивных операций приобретает дополнительную актуальность. По данным современной литературы частота повреждений желчных протоков при проведении малоинвазивных операций (лапароскопической холецистэктомии и холецистэктомии из мини-доступа) варьирует от 0,3% до 0,6%. На протяжении последних 20 лет в Свердловской области с успехом применяется этапное лечение пациентов с повреждениями желчных протоков. При выявлении факта повреждения желчных протоков сразу во время операции или в ближайшем послеоперационном периоде, оперирующий хирург по телефону запрашивает консультацию в специализированном отделении гепатобилиарной хирургии Свердловской областной клинической больницы N1 (СОКБ 1) напрямую или через диспетчерскую Центра Медицины Катастроф. На первом этапе в зависимости от ситуации консультант корректирует ведение пациента на месте или рекомендует его перевод в СОКБ №1, например, для лечения тяжелых форм перитонита, выполнения чрескожной чреспеченочной холангиостомии, селективной ангиографии, коррекции тяжелых органических дисфункций, требующих экстраорганных протезирования жизненно важных органов, эндобилиарных или эндоваскулярных процедур. После ликвидации всех urgentных осложнений больного с соответствующими рекомендациями выписывают из специализированного стационара. Вторым этапом амбулаторно в ЛПУ, расположенном в районе проживания, течение 4-6 месяцев пациента готовят к плановой реконструктивной операции. В это время происходит улучшение общего состояния больного, завершается формирование наружного желчного свища, проходит воспаление в желчных протоках и воротах печени. Важнейшим элементом предоперационной подготовки в этот период считаем постепенную дилатацию протоковой системы с помощью дозированной билиарной

гиперпрессии (400-500 мм водн. ст. ежедневно в течение 6—8 часов). Третьим этапом в условиях специализированного отделения СОКБ 1 выполняем реконструктивную операцию — гепатикоюностомию на выключенной по Ру петле тощей кишки. Перед операцией тщательно детализируем весь объем билиарной и сосудистой анатомии с помощью КТ МРТ, при необходимости дополненных 3D-реконструкциями полученных изображений. Важным считаем выполнение вмешательства опытными хирургами с использованием специальных инструментов, интраоперационной оптики с 2,5 кратным увеличением, атравматического шовного материала (например, PDS 4,0-6,0) и прецизионного анастомозирования с обязательным интраоперационным контролем герметичности анастомозов и их временным управляемым стентированием через слепой конец выключенной по Ру петли тощей кишки. С 2008 года по настоящее время по поводу ятрогенных стриктур желчных протоков в нашей клинике выполнено 172 гепатикоюностомии. У 30% пациентов в анастомоз пришлось включать от 2-х до 5-ти долевых и сегментарных протоков. Для этого у части больных пришлось выполнить резекцию паренхимы ворот печени с помощью ультразвукового дезинтегратора CUSA. У 10 пациентов (5,8%) билиарная реконструкция сопровождалась резекцией сегментов или доли печени вследствие наличия вторичного билиарного цирроза и(или) холангиогенных абсцессов. У 9 пациентов (5,2%) для формирования гепатикоюноанастомоза выполнялась атипичная резекция IV b сегмента для доступа к конfluence и долевым протокам. При этом ни разу не возникло необходимости завершения операции сквозными транспеченочными дренажами. Общий срок нетрудоспособности в неосложненных случаях не превышал 6-8 месяцев, Желчеистечение из зоны анастомоза развилось у 14 (8,1%) пациентов, в 2-х случаях потребовалась релапаротомия, санация и дополнительное дренирование брюшной полости. В сроки наблюдения от 1 до 7 лет стриктура гепатикоюноанастомоза развилась у 19 пациентов (11%). Всем этим пациентам лечение проведено также в условиях специализированного отделения СОКБ 1, из них 10 больным выполнили чрескожную транспечёночную холангиостомию с последующей успешной этапной баллонной дилатацией анастомоза. 9 больным (5,2%) пришлось выполнить повторную реконструктивную операцию. 8 пациентов (4,7%) в отдалённые сроки нами были оперированы по поводу рефлюкс-холангита. Потребовалась реконструкция межкишечного анастомоза с удлинением отключенной по Ру кишечной петли или ликвидация рецидивирующей кишечной непроходимости спаечного генеза. Заключение: наш опыт показывает, что тактика этапного лечения пациентов с повреждениями желчных протоков и концентрацией их в специализированном отделении демонстрирует удовлетворительные результаты и может быть рекомендована к применению в других регионах.



117997, Россия, г. Москва, ул. Б. Серпуховская, д. 27

www.ixv.pf

e-mail: Krivtsov@ixv.ru